

OS ENFERMEIROS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

“Não esperamos uma resposta, fazemos”

Ana Cristina Almeida Santos Costa

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Envelhecimento**

Orientadora:

Professora Doutora Ana Paula Gil

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Departamento de Epidemiologia

Co - Orientadora:

Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Departamento Médico Cirúrgica -Adulto e
Idoso

Janeiro de 2011

OS ENFERMEIROS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

“Não esperamos uma resposta, fazemos”

Ana Cristina Almeida Santos Costa

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Envelhecimento**

Orientadora:

Professora Doutora Ana Paula Gil

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Departamento de Epidemiologia

Co - Orientadora:

Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Departamento Médico Cirúrgica - Adulto
e Idoso

Janeiro de 2011

Agradecimentos

A realização deste trabalho, só foi possível graças a todo o apoio, força e coragem que me foram transmitidos por muitos dos que me acompanharam ao longo de todo meu percurso. Pelo que não poderia deixar de vos agradecer...

Obrigada ...

À minha orientadora Professora Doutora Ana Paula Gil e co-orientadora Professora Doutora Idalina Gomes, por terem aceitado orientar este trabalho, pelo seu estímulo, apoio, sabedoria e esperança depositada.

Ao Concelho de Administração do Hospital e Direcção de Enfermagem, onde foi realizado o estudo, pelas facilidades concedidas.

Aos colegas e amigos do serviço pelo apoio, confiança e carinho que depositaram em mim.

À Inês Barbosa e Margarida Mourão pelo apoio, amizade, carinho, e força depositada em mim. Obrigada, por estarem sempre comigo, e me darem “colo” em momentos tão difíceis.

À Ana Pinto, Rodrigo, Carla Marques, Catarina Marques, Rita Peça, Ana Isabel Santos, Patrícia Lobo, Daniela Pinto, Mariana Faria, e Sara Ferreira pela compreensão, força, amizade, optimismo e acompanhamento durante este momento.

Aos meus pais, avós, e irmã pelo amor, carinho, apoio e estímulo, durante todo este processo, e nos momentos que mais cansada e desanimada estava. Não havendo palavras para descrever a vossa presença em todos os momentos a minha vida.

Ao Bruno, por me ter acompanhado neste longo caminho, por me ter dado mão nos bons e maus momentos, e por não ter desistido de mim...

O vosso apoio nunca será esquecido...

A todos ... OBRIGADO ... Não tenho

palavras para vos Agradecer !!!

Velho

Parado e atento à raiva do silêncio
De um relógio partido e gasto pelo tempo
Estava um velho sentado no banco de um jardim
A recordar fragmentos do passado

Na telefonia tocava uma velha canção
E um jovem cantor falava na solidão
Que sabes tu do canto de estar só assim
Só e abandonado como o velho do jardim

O olhar triste e cansado procurando alguém
E a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém
Sabes eu acho que todos fogem de ti prá não ver
A imagem da solidão que irão viver
Quando forem como tu
Um velho sentado num jardim

Passam os dias e sentes que és um perdedor
Já não consegues saber o que tem ou não valor
O teu caminho parece estar mesmo a chegar ao fim
Para dares lugar a outro no teu banco do jardim

O olhar triste e cansado procurando alguém
E a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém
Sabes eu acho que todos fogem de ti prá não ver
A imagem da solidão que irão viver
Quando forem como tu
Um resto de tudo o que existiu
Quando forem como tu
Um velho sentado num jardim

Mafalda Veiga

Pássaros do Sul (1987)

Resumo

O envelhecimento da população tende a aumentar em todo o mundo, trazendo consequências a níveis sociais, económicos, e de saúde. As hospitalizações e a necessidade de cuidados de enfermagem à população idosa tendencialmente aumentam pela maior fragilidade, derivada do aumento das situações de doença crónica e dependência. Os cuidados de enfermagem podem ser influenciados pelas representações sociais acerca do envelhecimento, estando associados mitos e estereótipos, e levar à desvalorização da individualidade e autonomia da pessoa idosa. Neste sentido, preconiza-se a realização de cuidados em parceria com a pessoa idosa, que promovam a sua autonomia e *empowerment*.

Este estudo tem como objectivo compreender o modo como as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento influenciam os cuidados de enfermagem na promoção da autonomia do idoso hospitalizado. Realizámos um estudo qualitativo, com recurso à entrevista e a técnica por associação livre de ideias, sendo entrevistados 17 enfermeiros de um serviço de internamento de medicina.

Da análise dos resultados, constatámos que para os enfermeiros do estudo a representação social negativa acerca do envelhecimento foi a mais evidenciada, associada a situações como: dependência, doença, solidão, isolamento, necessidades, tristeza, peso na sociedade/problemas/dificuldades; levando à desvalorização das capacidades físicas, mentais, psicológicas, e da autonomia da pessoa idosa. Como factores dificultadores da promoção do respeito e autonomia da pessoa idosa referiram a motivação, características do enfermeiro e da pessoa idosa e os constrangimentos institucionais. Contudo alguns enfermeiros utilizam estratégias facilitadoras da promoção da autonomia como a: apresentação, proximidade, disponibilidade, promoção da esperança, avaliação da situação, e capacitação física e mental. Concluimos que as representações sociais negativas acerca do envelhecimento condicionam os cuidados de enfermagem na promoção da participação da pessoa idosa nos cuidados e nas decisões relativas a si. Os cuidados realizados em parceria, influenciados por uma visão positiva da pessoa idosa, valorizam a sua individualidade e toda a sua história de vida fomentando a sua autonomia.

Palavras-chave: Envelhecimento, Pessoa Idosa, representações Sociais, Autonomia, Dependência, Cuidados de Enfermagem, Parceria nos Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Population aging is a global phenomenon, felt particularly in developed countries, with consequences at the social, economic and health-related levels. Hospitalization rates and nursing care needs among the elderly are on the rise in part due to the increased fragility of this population which experience greater levels of dependency and chronic disease. The quality of nursing care may be influenced by social representations of aging, associated with myths and stereotypes, that may lead to the devaluation of the individuality and autonomy of elderly persons. To this end, advocates for care in partnership with the elderly person, that promote their *empowerment* and autonomy.

The present study aims to understand the manner in which social representations held by nurses with regards to the phenomenon of aging influence nursing care, with particular emphasis on the promotion of autonomy among hospitalized elderly patients. This study is a qualitative study, utilizing interviews and the free association of ideas technique, with a total of 17 interviews conducted on nurses working in a hospital ward.

According to our results, nurses harbour negative social representations concerning the aging process, associating the latter with dependency, disease, loneliness, needs, sadness, burden on society/problems/difficulties, all of which may lead to the devaluation of the physical, mental, and psychological capacities of the elderly, negatively impacting upon their autonomy. Among those factors found to hinder the promotion of respect and autonomy of the elderly in this study, are personal motivation, characteristics of the nurse and the elderly person and institutional barriers. However, some nurses made use of a number of strategies that promoted patient autonomy, namely: presentation, proximity, availability, the promotion of hope, situation evaluation and physical and mental capacitation. In conclusion, negative social representations concerning aging condition the quality of nursing care, particularly, in what concerns the promotion of patient participation in care and self determination. Nursing interventions carried out in collaboration with the patient, influenced by a positive view of the elderly, value the individuality and life history of these individuals, thereby fomenting their autonomy.

Key Words: Aging, Elderly person, Social Representations, Autonomy, Dependency, Nursing Care, Partnership in Nursing Care.

Índice

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTRODUÇÃO	1
1. PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO	4
1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL	5
1.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	5
1.3 SAÚDE E DOENÇA NA PESSOA IDOSA - DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL À DEPENDÊNCIA.....	9
2. IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA PESSOA IDOSA	13
2.1 INSTITUIÇÃO HOSPITALAR - IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA PESSOA IDOSA.	13
2.2 CUIDAR EM PARCERIA DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA.....	17
3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DE ENVELHECIMENTO E PESSOA IDOSA E SUAS IMPLICAÇÕES NA AUTONOMIA DO DOENTE IDOSO HOSPITALIZADO.....	24
3.1 AUTONOMIA E AS IMPLICAÇÕES NO CONSENTIMENTO INFORMADO	24
3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, MITOS E ESTEREÓTIPOS.....	26
3.2.1 <i>Estereótipos e Mitos</i>	28
3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO E A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA.....	30

OPÇÕES METODOLÓGICAS

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	34
1.1 MÉTODO E TIPO DE ESTUDO	34
1.2 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	35
1.3 DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ANÁLISE	37
1.3.1 <i>Medicina 3 B do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente</i>	37
1.4 SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	38

1.4.1 Caracterização da População do Estudo	39
1.5 MÉTODO DE TRATAMENTO DOS DADOS	39
2. APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
2.1 MOTIVOS PARA TRABALHAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA	42
2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DO ENVELHECIMENTO E DA PESSOA IDOSA	46
2.2.1 Factores que contribuem para a imagem dos enfermeiros acerca da pessoa idosa.....	48
2.2.2 Visão que os enfermeiros têm dos idosos hospitalizados	53
2.2.3 Visão que os enfermeiros têm da pessoa jovem e da pessoa idosa hospitalizada.	55
2.3 MODELO DE PARCERIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	57
2.3.1 Estratégias relacionais facilitadoras a promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada	59
2.3.2 Respeito pela pessoa idosa: experiências de vida, passado, cultura, hábitos de vida.....	63
2.3.3 Participação da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem.	67
2.4 AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	70
2.4.1 Consentimento informado nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada	73
2.4.2 Promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem	76
2.4.3 Percepção que os enfermeiros têm acerca da vontade de participação da pessoa idosa hospitalizada	77
2.4.4 Perda da autonomia	78

CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS.....	93
ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL LISBOA NORTE, EPE.....	94
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL LISBOA NORTE, EPE PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	99
ANEXO III – PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO ENTREVISTADO.....	101
ANEXO IV – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	104
ANEXO V – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	107
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	108
ANEXO VI – BASE DE DADOS WORD 2007 (RECOLHA DE DADOS REFERENTES AOS ESTÍMULOS).....	111
ANEXO VII – TABELAS DE FREQUÊNCIAS DE OCORRÊNCIAS DOS ESTÍMULOS “ENVELHECIMENTO FAZ-ME PENSAR EM...”, “PESSOA IDOSA FAZ-ME PENSAR EM...”, “AUTONOMIA NA PESSOA IDOSA FAZ-ME PENSAR EM...” E “DEPENDÊNCIA NA PESSOA IDOSA FAZ-ME PENSAR EM...”	116
ANEXO VIII – EXEMPLO DA ANÁLISE DE UMA ENTREVISTA.	121

Índice de Esquemas

Esquema 1 - Antecedentes, atributos e consequências da parceria (HOOK, 2006: 141).....	20
Esquema 2 - Mapa conceptual.....	33

Índice de Quadros

Quadro 1 – “Envelhecimento faz-me pensar em”	46
Quadro 2 – “Pessoa Idosa faz-me pensar em...”	47
Quadro 3 – Resultados da entrevista acerca da Representação social que os enfermeiros têm da pessoa idosa	48
Quando 4 – Resultados das entrevistas acerca do modelo de Parceria nos Cuidados de Enfermagem.....	58
Quadro 5 – “Autonomia na pessoa idosa faz-me pensar em...”	71
Quadro 6 – “Dependência na pessoa idosa faz-me pensar em...”	72
Quadro 7 – Autonomia da Pessoa Idosa Hospitalizada.....	74

Lista de Siglas

AVD – actividades de vida diária

Cat. - categoria

Cit. - citado

DEC-LEI – decreto-lei

E9 – entrevista número 9 (o número 9 é um exemplo)

Enf.º - enfermeiro

EPE – entidade pública empresarial

etc. - *et coetera* (e outro/entre outros)

INE – instituto nacional de estatística

N.º - número

p. – página

pp. – de página a página

Sr.^a - senhora

Sr. - senhor

Subcat. – subcategoria

V. - volume

Vol. – volume

WHO – world health organization

Introdução

A estrutura demográfica da sociedade portuguesa tem-se alterado no sentido do envelhecimento da população. Em que o aumento da esperança de vida, nas idades mais avançadas, representa um desafio para as políticas de saúde e de protecção social, essencialmente pelo consequente aumento das necessidades em cuidados sociais e de saúde (FERNANDES e BOTELHO, 2007).

A incapacidade crónica tem tendência a aumentar com o envelhecimento, confundindo-se, muitas vezes, os limites entre a doença e a velhice, sendo as pessoas idosas um grupo grande consumidor de cuidados. Ser velho não é sinónimo de ser dependente, no entanto, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio longo prazo suporte familiar, social e de saúde (LAGE, 2005).

O envelhecimento populacional tem-se tornado uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, vindo, consequentemente, a influenciar as suas práticas de cuidados. O que implica, um novo olhar sobre os cuidados de enfermagem realizados a esta população – cuidados que vão de encontro às verdadeiras necessidades das pessoas idosas, das equipas e das unidades de saúde, de modo a que se possam desenvolver estratégias e mobilizar recursos para a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa. No entanto, na hospitalização da pessoa idosa existem diversos factores, como as crenças e estereótipos dos profissionais, relacionados com a doença e o envelhecimento que poderão condicionar a relação terapêutica e a promoção da autonomia da pessoa. Alguns estudos (SANCHEZ, 2000) referem a tendência prevalente em desconsiderar a individualidade e o potencial dos idosos mais dependentes, em que quem cuida destas pessoas se sente no direito de exercer pleno domínio sobre as suas vidas, transformando o seu quotidiano e maneira de viver. Na mesma linha CABETE (2005) refere que a autonomia da pessoa idosa pode ser alterada com a hospitalização, e SANCHEZ (2000) acrescenta que existe falta de diálogo e de negociação com a pessoa idosa dependente, surgindo representações que apontam para o banimento das opiniões e da participação do idoso no âmbito das discussões importantes para o grupo familiar, sendo o envelhecimento encarado como um processo que conduz automaticamente a perda da capacidade de exercer o raciocínio, de expressar-se com clareza e consciência. A pessoa idosa sente-se assim como se não tivesse uma individualidade e vontade, sentindo-se desvalorizada pelos cuidadores. A autonomia é importante para a qualidade de vida e bem-estar da pessoa, pelo que alguns estudos (PAVARINI, 1996) demonstraram que apesar do grau de fragilidade ou dependência física das pessoas idosas, é importante que elas

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

próprias exerçam o controlo das suas vidas, a despeito das limitações com que se deparam. Assim se a pessoa idosa mantiver preservada a sua cognição, as limitações físicas não poderão constituir obstáculos para a realização dos seus desejos, vontades e para que tenha participação nas decisões que dizem respeito em especial à sua própria vida e processo de saúde/doença.

Deste modo, entende-se hoje que os cuidados de enfermagem têm que estar assentes num modelo de trabalho em parceria que promova a autonomia dos idosos, pois a sua ausência traz frequentemente consequências aos níveis sociais, psicológicos e físicos desta população (GOMES, 2002). Cuidar implica assim respeitar a pessoa em todas as suas vertentes, olhando-a como um ser individual e único com características/vivências próprias, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, no seu projecto de vida e saúde. Para HOOK (2006) a comunicação e a partilha mútua de conhecimentos/informações é, muito importante para o respeito e promoção da autonomia da pessoa idosa doente hospitalizada e para um trabalho em parceria com a mesma. Sendo os principais resultados desta relação em parceria o *empowerment* da pessoa doente e a evolução positiva da sua situação clínica. No entanto, para o enfermeiro ver a pessoa idosa hospitalizada como parceira nos cuidados, implica perceber as representações sociais que este tem acerca do envelhecimento e da pessoa idosa e o modo como estas podem influenciar a relação que estabelece.

As representações sociais são muito importantes para a compreensão de uma população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade, pois a forma como vemos o outro pode influenciar frequentemente o modo como nos comportamos com o mesmo. Os enfermeiros não estão alheios a estas situações, havendo vários factores que poderão influenciar as atitudes sociais relativamente às pessoa idosas e ao envelhecimento, e de alguma forma comprometer as relações que se estabelecem. A relação de parceria nos cuidados de enfermagem é assim fundamental para se respeitar a individualidade e promover a autonomia da pessoa idosa, pois o enfermeiro tem de olhar o outro de uma forma única e individual, livre de crenças e estereótipos. Alguns estudos, como os de COMERLATO, GUIMARÃES e ALVES (2007), tentaram perceber como as representações sociais dos profissionais de saúde, acerca do processo de envelhecimento, se relacionavam com as práticas de cuidados à pessoa idosa, de forma a analisar e evidenciar os factores facilitadores ou dificultadores para a qualidade de vida na velhice, concluindo que a falta de conhecimento científico e da realidade social acerca do processo de envelhecimento, dos profissionais de saúde, influencia as práticas de cuidados.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Através da revisão da literatura houve então a oportunidade de constatar a importância reconhecida da promoção da autonomia nos doentes idosos hospitalizados. No entanto, a investigação empírica sobre esta problemática com as pessoas idosas está pouco desenvolvida, nomeadamente no que se refere a estudos que procurem compreender questões como: Será que as representações da pessoa idosa hospitalizada interferem nos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que concerne à promoção da sua autonomia? Será que ao se considerar o idoso uma pessoa frágil, automaticamente se assume as suas responsabilidades, as suas funções e as suas decisões? Será mais fácil cuidar do idoso sem pedir consentimento?

Tendo em conta estes pressupostos e algumas motivações pessoais relacionadas com: a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem relativos à autonomia da pessoa idosa hospitalizada; a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa; e o desenvolvimento da relação de parceria nos cuidados à pessoa idosa, colocámos como **questão principal** deste estudo de investigação: De que forma as representações sociais dos enfermeiros acerca do conceito de envelhecimento influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado? Tendo como objectivos:

Objectivo geral – Analisar o modo como as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento influenciam os cuidados de enfermagem na promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

Objectivos Específicos:

- Identificar as percepções, experiências, as atitudes, as imagens que os enfermeiros, de um serviço de medicina em contexto Hospitalar, possuem face ao envelhecimento, pessoa idosa e à autonomia da pessoa idosa.
- Conhecer de que modo é mobilizado o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem no sentido de promover a autonomia do idoso hospitalizado.
- Identificar os factores que facilitam a promoção da autonomia do idoso doente hospitalizado na relação de cuidados de enfermagem.
- Identificar os factores que dificultam a autonomia do idoso doente hospitalizado na relação de cuidados de enfermagem.

Como o que pretendemos estudar é um fenómeno da realidade social, este será um estudo de natureza qualitativa, pois o pretendido é aprofundar e apreender o que os sujeitos experimentam e interpretam com as suas experiências, e o modo como estruturam o mundo social em que vivem. Isto permite-nos assim conhecer as representações sociais de envelhecimento e pessoa idosa, dos enfermeiros de um serviço de medicina e de que forma

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

estas influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado. Deste modo serão utilizadas como instrumentos de colheita de dados a associação livre de palavras e a entrevista semidirectiva.

Na construção deste relatório usou-se uma divisão em partes e capítulos:

- Enquadramento teórico – onde se abordarão os conceitos de envelhecimento, pessoa idosa, cuidados de enfermagem, cuidados de enfermagem em parceria, representações sociais e autonomia.
- Opções metodológicas – dedicada aos aspectos empíricos do trabalho, à forma como as diferentes estratégias de investigação foram exploradas, os procedimentos de recolha, análise, apresentação e discussão de resultados, e limitações do estudo.
- Conclusão – que reflecte todo o percurso analítico percorrido, realçando as conclusões que consideramos mais pertinentes no âmbito da investigação em enfermagem e algumas sugestões.

Parte I- Enquadramento Teórico

1. Pessoa Idosa no Contexto do Envelhecimento

O envelhecimento demográfico da população é um acontecimento global, e também um dos maiores triunfos e desafios da humanidade (WHO, 2005). FIGUEIREDO (2007: 91) afirma que “ (...) «as sociedades têm agora o luxo de envelhecer» –, mas as consequências para as nações governos e indivíduos, constituem um motivo de preocupação presente um pouco por todo o mundo”. Nas sociedades desenvolvidas o crescimento do tempo de vida decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma substancial evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica, acrescentando-se ainda o desenvolvimento económico e social, cujos impactos benéficos na saúde das populações são já factos adquiridos (FERNANDES, 2007). No entanto, esse envelhecimento acarreta alterações políticas, económicas, financeiras e sociais para fazer face às necessidades desta nova população (FERNANDES, 2001; FIGUEIREDO, 2007; SILVA, 2006). Assim à medida que a população envelhece os recursos disponibilizados para a melhoria e manutenção da saúde deste grupo populacional têm de aumentar proporcionalmente às suas necessidades (DURHAM, 1989).

Neste capítulo, pretendemos então analisar o fenómeno de envelhecimento, fazendo alusão ao envelhecimento demográfico em Portugal, à pessoa idosa, aos conceitos de saúde e doença e ainda aos de fragilidade, dependência, e incapacidade associados, muitas vezes, ao processo de envelhecimento.

1.1 Envelhecimento Demográfico em Portugal

Como já foi referido o envelhecimento é um acontecimento global e Portugal não escapa a esta tendência, sendo mesmo considerado um dos países mais envelhecidos da Europa, contribuindo para esta realidade o declínio da natalidade e fecundidade, o aumento da proporção de pessoas idosas (com 65 ou mais anos) e o saldo migratório tendencialmente decrescente (FERNANDES, 2001; MOURA, 2006).

As alterações registadas na pirâmide etária da população residente em Portugal reflectem, perfeitamente a dinâmica observada desde o início do século, ou seja, a tendência para um duplo envelhecimento da população (FERNANDES, 2001 e 2007; INE, 2010). Regista-se uma significativa queda da fecundidade (com estreitamento da base) e um evidente aumento da esperança de vida (alargamento do topo) (FERNANDES, 2001), que se traduz, entre 2001 e 2008 numa redução do peso relativo da população jovem de 15,9% para 15,3%, e num aumento do peso relativo da população idosa (65 e mais anos) de 16,5% para 17,5%, respectivamente (CARRILHO e PATRICIO, 2009). Na população idosa o grupo etário com 75 ou mais anos sofre um aumento do seu peso relativo, passando de 6,9% em 2001 para 8,2% em 2008. No conjunto da população idosa, o grupo com 80 e mais anos (muito idosos) representa em proporção 24,6% (20,9% nos homens e 27,3% nas mulheres) em 2008 (CARRILHO e PATRICIO, 2009). Entre 2001 e 2009 e em resultado das alterações da estrutura etária da população verifica-se que o índice de envelhecimento aumentou, passando de 104 para 118 indivíduos com 65 ou mais anos de idade por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos de idade (INE, 2010).

Em Portugal o envelhecimento demográfico torna-se num desafio, quer pela sua intensidade, quer pela sua amplitude, sendo de máxima importância a definição de metas e políticas futuras, na medida em que a nossa sociedade não está ainda preparada para dar resposta pronta e eficaz às mudanças repentinas da estrutura demográfica (FERNANDES, 2001), pois prevê-se que em 2048 existirão em Portugal 265 idosos por cada 100 jovens (CARRILHO e PATRICIO, 2009). Perante todos estes factos e tendo em conta o objecto de estudo deste trabalho torna-se premente entender o processo de envelhecimento.

1.2 O Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento é uma etapa da vida. E apesar de ser universal, ele não é linear nem afecta todos os indivíduos de forma semelhante e ao mesmo tempo, há diferenças de pessoa para pessoa, entre sociedades e culturas, tratando-se, portanto, de um processo diferenciado e diferenciador (CABETE, 2005, IMAGINÁRIO, 2004). Como um processo inerente a todos os seres vivos, é concebido como uma redução progressiva das capacidades de adaptação do organismo e numa diminuição da eficácia dos sistemas

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

reguladores, paralelamente, por um aumento das probabilidades de morte. O declínio das faculdades de adaptação resulta, assim, numa limitação do campo das reacções, numa diminuição do restabelecimento do metabolismo e das funções e numa maior predisposição para anomalias nos sistemas reguladores (IMAGINÁRIO, 2004).

MAILLOUX-POIRIER (1995) descreve o envelhecimento como um processo inevitável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Na mesma perspectiva, ROBERT (1995) define o envelhecimento como a incapacidade progressiva do organismo em se adaptar às condições variáveis do seu ambiente. Para este último autor, os mecanismos implicados apresentam as seguintes características: progressivos, nocivos, irreversíveis e, geralmente, comuns a inúmeros organismos. MATSUDO (1997) segue a mesma linha de pensamento definindo o envelhecimento como uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com o passar do tempo levam à perda de adaptabilidade, à alteração funcional e eventualmente à morte.

Envelhecer é assim um processo complexo e multifactorial, existindo várias teorias que tentam explicar as suas causas. As teorias biológicas do envelhecimento “(...) examinam o assunto sob a óptica do declínio e da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células” (FARINATTI, 2002: 129). No entanto, estas teorias não dão respostas a todas as questões do envelhecimento pelo que surgiram as teorias psicossociais, na tentativa de explicar a influência de factores sociais e culturais no envelhecimento como a teoria da actividade (HAVIGHURST e ALBRECHT, 1953), a teoria da desinserção (CUMMING e HENRY, 1961), e a teoria da continuidade (NEUGARTEN, 1968). Neste ponto, torna-se premente focar a **Teoria Psicossocial** de ERIKSON (1976), que defende que todos os seres humanos passam por uma série de crises essenciais (etapas essenciais) ao desenvolvimento da personalidade, à medida que percorrem o ciclo de vida. Em cada crise, existe uma confrontação entre o eu (que o indivíduo atingiu até aí) e as várias exigências estabelecidas pelo contexto social e pessoal. Este teórico estabelece “oito etapas do homem” - Confiança vs. Desconfiança; Autonomia vs Vergonha e Dúvida; Iniciativa vs Culpa; Competência vs Inferioridade; Identidade vs Confusão de Papéis; Intimidade vs Isolamento; Produtividade vs Estagnação; e Integridade vs Desespero; sendo que esta última refere-se à pessoa idosa (ERIKSON, 1976). Nesta etapa cada pessoa tem de chegar a um acordo com a sua própria vida e aceitá-la como ela foi, com um sentimento de Integridade, mais do que desespero, pois só assim atingirá a satisfação e realização pessoal (ERIKSON, 1976). No entanto, as teorias desenvolvimentistas têm vindo a ser criticadas dado considerarem unicamente o desenvolvimento humano como um processo padronizado de etapas, que sofrem modificações consoante a idade dos indivíduos

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

(FONSECA, 2005). O relevo atribuído à idade cronológica como variável explicativa da mudança desenvolvimental tem sido contestado por diversos autores, um dos quais RUTTER (1989, cit. por FONSECA, 2005), para quem a idade é uma variável ambígua, não proporcionando por si só qualquer explicação, não podendo reflectir índices de maturação biológica, nem o impacto da exposição a variadas experiências de vida. Outras duas críticas referem-se à sucessão de etapas mais descritivas do comportamento humano do que explicativas do mesmo, e ao viés cultural em que algumas destas teorias foram forjadas, conferindo-lhes uma vulnerabilidade acrescida (GOLDHABER, 1986, cit. FONSECA, 2005).

Das teorias citadas, nenhuma oferece uma explicação total e universalmente aceite do processo de envelhecimento. Face a isto alguns autores distinguem vários tipos de envelhecimento. Segundo DURHAM (1989) o envelhecimento pode ser: Biológico - mudanças na estrutura e fisiologia do corpo ao longo da vida; Psicológico - alterações de comportamento e da auto-percepção como a memória e as motivações. A manutenção destes aspectos permite uma boa auto-estima e conservação do nível de autonomia e controlo sobre si; Social - que se relaciona com a representação dos papéis e costumes na sociedade. Funcional - alteração da capacidade do indivíduo funcionar em sociedade; Espiritual - mudanças na relação com os outros, o lugar que ocupa no mundo e a própria visão do mundo.

Envelhecer é assim um processo dinâmico, lento mas progressivo, complexo, multifactorial, e individual, com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas (IMAGINÁRIO, 2004), estando associado a maior mortalidade e morbilidade (PHIPPS, *et al*, 1995). E embora não haja consenso quanto à influência dos diversos factores biopsicossociais, percebemos que cada pessoa idosa é dotada de uma identidade única, com características muito próprias, que devemos respeitar. Respeitar o idoso implica assim reconhecê-la como pessoa, com obrigações e direitos dada que a sua cidadania e autonomia não sofre nenhuma influência decorrente da idade.

Mas o fenómeno de envelhecimento torna-se muito amplo quando estamos a cuidar de pessoas com características próprias e com uma história de vida, pelo que importa agora referir o que entendemos por **Pessoa Idosa**. A definição de pessoa idosa não é de consenso fácil, pois o envelhecimento ocorre desde que nascemos, mas o que nos torna idosos – a idade, o aspecto físico, as vivências, a sociedade? É muito difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns entre si (que os diferencie de outros grupos), sendo que a maior ou menor valorização que se atribui a este processo associa-se mais às sociedades humanas do que à natureza (IMAGINÁRIO, 2004).

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Em termos biológicos a primeira grande mudança de idade é a aquisição da capacidade reprodutiva, e a segunda grande mudança poderá ser considerada a sua perda, por volta dos 50 anos (ERMIDA, 1999). O aumento da esperança de vida e as alterações sociais, políticas e económicas num mundo centrado na capacidade produtiva, levaram a que se estendesse esse limiar de idade até ao momento da reforma, que também poderá ser variável. Embora a idade cronológica, não esteja colada à idade biológica, psicológica, funcional, jurídica, psico-afectiva e social estabeleceu-se uma fronteira artificial que serve de referência (IMAGINÁRIO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde convencionou que idoso é toda a pessoa com mais de 65 anos nos países desenvolvidos existindo, deste modo, uma definição clara do momento em que se passa a ser considerado idoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O INE (2002: 1) considera: “ pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma. Quanto às designações, são utilizadas indiferentemente, pessoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional.” Torna-se quase consensual que a idade cronológica é um factor determinante na definição de pessoa idosa nas sociedades desenvolvidas actuais (COSTA, 1998, IMAGINÁRIO, 2004), sendo assim uma etapa socialmente construída (FERNANDES, 1997, VAZ, 2008), com base na idade e não tendo em conta a individualidade da pessoa. No entanto, nas sociedades actuais há ainda a tendência para associar a pessoa idosa ao declínio físico, às rugas, aos cabelos brancos, à dependência e à doença (VAZ, 2008).

Com o envelhecimento ocorrem várias alterações na pessoa, identificadas, muitas vezes, como um declínio na eficiência ou desempenho, sendo, no limite, consideradas como doença (COSTA, 2002). Ser idoso não é sinónimo de ser doente, contudo com a idade há um aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas, ressaltando o facto de que 85% dessas doenças crónicas ocorrerem em pessoas com mais de 65 anos, o que reduz, sem dúvida, a qualidade de vida em termos de saúde, níveis de energia e a mobilidade (SANCHEZ, 2000). Apesar de haver um número elevado de população idosa com capacidade funcional preservada, encontra-se também um grande número de portadores de doenças crónico-degenerativas, existindo uma maior fragilidade da pessoa idosa acompanhada muitas vezes de situações incapacitantes e de maior dependência, que poderão de alguma forma limitar a autonomia da pessoa, ou seja, a sua capacidade de tomada de decisão. Neste contexto é importante compreender o que se entende por saúde e doença, e possíveis consequências na população idosa hospitalizada.

1.3 Saúde e Doença na Pessoa Idosa - da independência funcional à dependência

A saúde e a doença fazem parte de um continuum, ao longo da vida, onde coexiste: a perda progressiva e cumulativa de capacidades do organismo; a transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos; a mudança na auto-imagem e no papel social; a perda da autonomia e a morte social (COSTA, 2002). Ao cuidarmos de pessoas idosas torna-se relevante compreender como estas percebem a sua saúde e como lidam com a sua doença, pois as suas concepções são muito importantes para a percepção da sua individualidade. O modo como compreendemos o corpo, a saúde e a doença vai de certo modo influenciar a forma como nos relacionamos com os outros, como perspectivamos a nossa vida, e assim como lidaremos com uma situação de hospitalização.

A saúde é vista como um bem essencial e comum a toda a população, como algo que acompanha a nossa vida, existindo desde que nascemos até que morremos, sendo portanto um conceito muito abrangente e de difícil definição. Assim, para abordar o conceito de saúde é necessário pensá-lo de forma global, isto é, abarcar todos os pontos de vista, sem nunca perdermos a individualidade deste conceito e valorizando, desta forma, a sua diversidade (MENDES, 1999), pois os inúmeros factores (genéticos, económicos, sociais, ambientais, culturais, entre outros) que a influenciam tornam ainda mais difícil a sua definição (HONORÉ, 2002).

No mundo da enfermagem, o conceito de saúde é um conceito globalizante pois terá que integrar várias áreas do conhecimento, social, económico, político, cultural e humano, já que diz respeito à vida das pessoas (MÁRTIES, 2003). Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) a saúde é uma representação mental sobre a condição do indivíduo, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto psicológico, emocional e espiritual. É assim um estado subjectivo, pelo que não poderá apenas ser tido em conta como um conceito oposto ao da doença. COLLIÉRE (1999) vê a saúde como um bem-estar dinâmico, que implica um desenvolvimento e uma mudança; como bons cuidados prestados ao corpo; como o uso da mente de uma forma construtiva; com a expressão das emoções de forma efectiva; com o envolvimento salutar com o meio. Assim a saúde na pessoa idosa não é vista como uma realidade de permanente bem-estar, mas sim como a capacidade de adaptação do indivíduo ao seu contexto envolvente, mantendo a sua independência e autonomia de vida, pelo que a avaliação da pessoa idosa não pode ser limitada a uma visão biomédica, centrada nos problemas de saúde/doença.

Num continuum da saúde surge a doença, sendo crucial que toda a comunidade, mas principalmente os profissionais de saúde, se debruce sobre o significado que este último

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

conceito tem para os indivíduos, pois só desta forma será possível compreender as reacções que os mesmos têm à doença e hospitalização, como lidam com os sintomas, enfim como se sentem. Esta avaliação é ainda mais importante na população idosa, pela maior prevalência de doenças, na mesma, e pela sua maior dificuldade de adaptação (CARVALHO, 2000). Mas tal como acontece com o conceito de saúde, o de doença apresenta alguns obstáculos que tornam difícil a sua definição, como: ser uma realidade subjectiva que envolve sentimentos; estar relacionado e associado a um estado de degradação, terminal, morte; os inúmeros factores que influenciam a sua concepção (CARVALHO, 2000). Tornando-se evidente que só conseguiremos definir este conceito de forma mais completa possível, abordando-o sob diferentes perspectivas.

Cada indivíduo tem a sua percepção e interpretação de doença, influenciadas por factores cognitivos, emocionais e sociais (MÁRTIES, 2003), dependendo da sua história de vida e vivência e expressando-se através da sua linguagem e postura (DUARTE, 2002). Assim, um sintoma ou um sinal, de acordo com o contexto em que se manifesta pode ser ou não interpretado como doença, tudo depende do julgamento da sociedade sobre os mesmos. Além disso com o envelhecimento a percepção do nosso corpo vai diminuindo, e o medo da chegada do fim é maior, pelo que muitas vezes as pessoas idosas se recusam a aceitar de que algo está mal (MENDES, 1996).

À semelhança da maioria dos dicionários, PHIPPS *et al* (1999) define a doença sob uma perspectiva objectiva, observável e mensurável, que envolve uma mudança na estrutura ou função do corpo ou espírito do organismo humano, criando uma ilusão agradável de que toda a gente sabe o que é a doença. No entanto, este conceito vai muito além desta simples definição sendo a doença o resultado não apenas de alterações físicas, mas de alterações que ocorrem a todos os níveis da vida das pessoas e que envolvem sentimentos, atitudes, crenças, e como HERZLICH (cit. por CARVALHO 2000: 42) define a doença como “um acontecimento infeliz que ameaça ou modifica, por vezes irremediavelmente, a nossa vida individual, a nossa inserção social e logo o equilíbrio colectivo”. A doença implica assim uma readaptação da pessoa, e a necessidade de um novo equilíbrio, que no caso das pessoas idosas poderá estar mais comprometido (GARCIA, 1994), fragilizando-a.

A fragilidade é entendida como uma situação em que a pessoa não tem nenhuma incapacidade relativamente as actividades de vida diária básicas, mas necessita de ajuda para outras actividades, está mais vulnerável, não pode agir tão rapidamente como antes para se adaptar (GYNESTE e PELLISER, 2008). Segundo HEATH e PHAIR (2009: 126) fragilidade “(...) is a weakened state of being in which a person’s reserve capacity is reduced to an extent where health, functioning and wellbeing are compromised”. Relativamente às

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

peessoas idosas SIQUEIRA, *et al* (2004: 688) referem que “(...) idosos frágeis são os indivíduos portadores de múltiplas condições crónicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais e frequentemente ao desenvolvimento de quadro de dependência funcional. Considerando-se a própria idade como factor de risco para esses eventos, sabe-se que, entre os idosos com idade mais avançada (80 anos e mais), estão os que já são imediatamente caracterizados como frágeis”. Como verificamos a fragilidade torna a pessoa mais propensa ao desenvolvimento de um quadro de dependência funcional, sendo importante percebermos o que se entende por este conceito e quais as suas implicações na vida da pessoa idosa.

Actualmente é crescente o número de pessoas com incapacidade funcional, o que implica dependência para a realização das actividades de vida diária. A dependência é um problema para a maioria das pessoas, na velhice torna-se acrescido e configura-se ainda como perda de valores, de espaço e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem as suas próprias vidas (IMAGINÁRIO, 2004). Neste sentido BOTELHO (2001) desenvolveu uma escala de avaliação funcional do indivíduo idoso de cariz multidimensional, pois as alterações que ocorrem com o envelhecimento afectam vários órgãos e sistemas e as várias esferas da vida de uma pessoa. O desenvolvimento desta escala permite assim uma avaliação multidimensional, sendo possível a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, contribuindo para um plano de intervenção em que o objectivo é a manutenção e/ou recuperação das capacidades, de forma aos indivíduos se manterem o mais independentes possíveis no seu domicílio. Mas o que se entende então por pessoa em situação de dependência?

O conceito de dependência não tem sido objecto de consensos, nem em termos de definição, nem sob o que representa, podendo ser entendido sob vários pontos de vista como: demográfico, económico, psicológico, e social - relações que os indivíduos, ao serem assistidos, criam com o corpo profissional das instituições sociais; relacionado também com a dependência política associado ao conjunto de direitos sociais proclamados pelo estado providência (GIL, 2007a).

Dependência vem do latim *dependere* que significa estar suspenso. VEYSSET (1989) ao analisar a etimologia e morfologia da palavra dependência, sustenta que existe uma concepção dinâmica do conceito, em que num primeiro sentido é visto como uma ligação, solidariedade, correlação e interdependência, e num segundo sentido como uma relação de subordinação, submissão sujeição, obediência, *estar preso a*. Este conceito neste último sentido é visto como uma manifestação social. A dimensão fundamental da dependência surge como uma dimensão social que prevalece na realidade social e é assim definida com

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

base em critérios anatómicos que equivale a um estado de incapacidade, traduzido em termos de faltas e *handicaps* (VEYSSET, 1989). Uma pessoa é considerada dependente, quando sozinha não consegue desempenhar actividades de vida diária, onde está implícito a perda de alguma faculdade que a impossibilita de realizar uma actividade. Há uma ênfase na definição médica da dependência, enquanto estado incapacitante, impondo-se frequentemente na velhice. Associando-se frequentemente a incapacidade funcional e consequentemente a dependência ao aumento da longevidade (KRAMER, 1980), no entanto, existem teorias mais optimistas: que sustentam que a prevalência das doenças crónicas aumentará com a redução da mortalidade, sendo os estados crónicos menos severos e incapacitantes, havendo um “equilíbrio dinâmico” entre a duração da vida e a qualidade dos anos vividos (MORMICHE, 1997); outras defendem a “compressão da morbilidade” e o retardamento da incapacidade para as idades mais avançadas (FRIES, 1998), devido a adopção de estilos de vida mais saudáveis e aos avanços da medicina.

Para BALTES E SILVERBERG (1995), a dependência na velhice é o resultado de várias mudanças ocorridas ao longo do curso de vida (que vão desde as mudanças biológicas até às transformações exigidas pelo meio social), dividindo-a em três níveis: dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que é enquanto produz; dependência física que decorre da incapacidade funcional; e dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das acções de outrem (circunstância em que a pessoa é considerada incompetente para realizar as suas tarefas, e perante esta avaliação, alguém assumirá essa função por ela, mesmo que não haja necessidade e que a pessoa não o deseje). As mesmas autoras referem que uma incapacidade orgânica não é sinónimo de dependência, no entanto nas sociedades actuais e na dinâmica das interações sociais e da percepção social a dependência física é geralmente interpretada como um sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada. BALTES E SILVERBERG (1995) criticam o facto de associarem a dependência física com a perda total de autonomia, pois a autonomia é entendida como a capacidade de tomar decisões, e de administrar a vida de acordo com os seus valores.

Como vimos os conceitos de dependência, incapacidade e autonomia (capacidade de decisão) podem-se confundir. A confusão entre estes conceitos leva a generalizações e falta de rigor no uso dos mesmos. Uma pessoa pode ter uma incapacidade (física e/ou mental), que pode levar a estar dependente de terceiros para a execução de determinadas tarefas, mas ter autonomia, ou seja capacidade para decidir, fazer as suas próprias escolhas.

Em suma envelhecer implica uma série de alterações físicas, biológicas, psicológicas e sociais ao longo do curso da vida, exigindo uma constante adaptação da pessoa. Com

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

aumento progressivo da população idosa, a exigência real e potencial dos cuidados a longo prazo não pára de crescer. Assim, embora ser velho não seja sinónimo de doença e estar em situação de dependência, a propensão para o envelhecimento da população poderá acarretar um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional, que requerem a médio longo prazo suporte familiar, social e de saúde. Com o avançar da idade mais probabilidade existe de se vir a ter uma doença, e mais tempo se leva a accionar os mecanismos de adaptação e homeostase, sendo pertinente perceber a relação que se estabelece com a pessoa idosa no contexto hospitalar, de forma a melhorar os cuidados de saúde (nomeadamente os de enfermagem) realizados à mesma no sentido de promover a sua autonomia.

2. Impacto da Hospitalização na Pessoa Idosa

Viver mais tempo numa sociedade já envelhecida é um enorme desafio, pois homens e mulheres são confrontados, constantemente, com riscos maiores a nível dos problemas de saúde, cuja prevalência aumenta com a idade como: as perturbações cardiovasculares e respiratórias, os tumores, as doenças mentais entre outras, havendo uma maior procura e afluência às instituições de saúde (CABETE, 2005). DINIS (2006) sustenta igualmente este fenómeno referindo que os índices e velocidade do envelhecimento condicionaram um aumento de pedidos de serviços sócio-sanitários, de admissões hospitalares e uma maior necessidade de cuidados especializados. Deste modo, torna-se essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desenvolvam competências relacionais e de parceria com a pessoa idosa, evitando ao máximo as consequências negativas que ao nível da promoção da autonomia da pessoa idosa a hospitalização poderá acarretar, contribuindo de forma significativa para o percurso de vida da pessoa idosa. Assim neste capítulo faremos inicialmente uma breve alusão à morbilidade da pessoa idosa que pode conduzir ao internamento hospitalar para depois analisarmos a instituição hospitalar e o seu impacto na população idosa e, por fim abordaremos a forma como os cuidados de enfermagem podem promover a autonomia da pessoa idosa.

2.1 Instituição Hospitalar - Impacto da Hospitalização na Pessoa Idosa.

O envelhecimento acarreta maior probabilidade de se adquirir uma doença, sendo que algumas patologias ao estarem associadas ao processo de envelhecimento são muitas vezes confundidas erradamente com ele. Daí a importância de distinguir o envelhecimento primário (processo natural de envelhecer) do envelhecimento secundário, induzido ou agravado por um processo patológico de doença (PINTO, 2001). A doença crónica é a que mais se evidencia durante o processo de envelhecimento, no entanto é importante, por um

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

lado não limitar a análise da doença do idoso ao campo da cronicidade e referir que nem todas as doenças crónicas são incapacitantes (BERGER E MAILLOUX-POIRIER, 1995).

BERGER E MAILLOUX-POIRIER (1995) afirmaram, e reportando-se à população em geral, que entre 70 a 86% dos idosos têm pelo menos, um problema de saúde crónico. Em Portugal, as doenças que mais afectam a população idosa são: tensão arterial elevada, doença reumática, dor crónica, osteoporose, diabetes e a asma (INE 2005/2006) e cerca de 45% das hospitalizações são devido a doenças do aparelho circulatório (11%), doenças do aparelho digestivo (10,7%); lesões e envenenamento (8,8%), tumores (8%), doenças do aparelho Respiratório (6,7%) (COSTA, 2002).

Mas os grandes problemas que afectam os idosos não se restringem só às questões de doença, mas também a situações de solidão, sentido de perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e à perda de autonomia (COSTA, 2002). Pelo que actualmente, pela fragilidade inerente ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar actual, a população idosa é responsável pela ocupação de cerca de metade das camas hospitalares (CABETE, 2005). Mas o que se entende então por hospital?

O Hospital é assim, na primeira acepção da palavra, considerado um local de refúgio do homem para a doença, sendo definido actualmente como uma instituição que assegura a realização de exames de diagnóstico, o tratamento dos doentes, e o seu internamento, agrupando os meios técnicos mais importantes e respectivos profissionais, conjugando as competências mais diversas e complexas (CARAPINHEIRO, 1993). É um local por excelência de socorro às famílias e idosos, que não conseguem apoio noutras instituições. Assim, apesar do modelo organizacional ser baseado no modelo biomédico medicalizante, o hospital surge como um guardião da saúde e um lugar onde tudo se resolve (SILVA, 2006). É considerado um universo complexo onde existe uma acção colectiva, em que um vasto, complexo e heterogéneo corpo de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares de acção médica, operários indiferenciados) agem e interagem de forma, também ela complexa, a atingir os objectivos da instituição, os objectivos operatórios (dos grupos profissionais), e os objectivos específicos (relacionados com cada unidade de trabalho) (CARAPINHEIRO, 1993, COSTA, 2002; HESBEEN, 2004). Tal como uma qualquer outra instituição rege-se por regras e por determinadas lógicas, comportando assim uma acção burocrática (com delimitação de competências e responsabilidades); uma acção científica (com as várias disciplinas e especialidades, e critérios de investigação); uma acção tecnológica, uma acção organizacional e profissionalizante; uma acção formativa (COSTA, 2002).

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Em qualquer hospitalização e em qualquer idade o medo da doença, a existência de um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, a existência de um ritual, ao qual a pessoa não está habituada – regras e horários a respeitar, relações interpessoais limitadas, tempos de espera de tratamentos/exames, início de tratamentos, entre outros, são factores de stress. Pelo que o doente rapidamente se apercebe que não há apenas limitações físicas ou redução do seu espaço, mas também regras implícitas ou explícitas como sejam a submissão a uma linha de poder hierárquico – são os outros que lhe dizem o que pode e quando o pode fazer (CABETE, 2005, CARAPINHEIRO, 1993). O indivíduo deixa de comandar a sua vida, estando rodeado de desconhecidos, dos quais depende o seu bem-estar, saúde e própria vida, e com os quais sente necessidade e obrigação de estabelecer boas relações. Torna-se evidente que a perda de autonomia, e a perda do controlo da situação constituem factores geradores de instabilidade, sendo a comunicação com o pessoal outro factor gerador de stress, uma vez que os profissionais e doente não falam sempre a mesma linguagem (CABETE, 2005). Ademais, num hospital valoriza-se muito a doença do corpo físico, não havendo lugar para a avaliação de um mal-estar existencial, sendo cultural minimizar as experiências, para não se mostrar sentimentos, para não ter medo, para não ter que se justificar. O modelo biomédico continua muito presente prevalecendo a cultura de que um problema tem sempre uma solução; não se olha para a pessoa olha-se para o órgão doente, para a doença, sendo toda a história de vida da pessoa apagada.

A hospitalização representa então uma serie de ameaças: ameaça à vida e a integridade corporal, exposição à vergonha, ao desconforto da dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição face à sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e amigos e dependência dos outros para o bem-estar (CABETE, 1999a). Tendo em conta estes factos torna-se relevante avaliar em que medida o internamento hospitalar contribui para a saúde e bem-estar da população idosa.

Com objectivo de analisar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional das pessoas idosas CABETE (2005) desenvolveu um estudo cujos resultados apontaram no sentido de a hospitalização ser encarada, principalmente pelos idosos, como uma ameaça e como um desafio e da qual se destacam sentimentos de isolamento, *stress*, ansiedade, solidão, medo da doença e desconforto. A nível psicológico, um estudo realizado por DINIS (2006) refere ainda que o internamento hospitalar pode desencadear, sentimentos de incerteza, de receio (de ser tocado, mobilizado, dos exames dolorosos, de ser humilhado, de ser inútil ou do sofrimento) e de ajustamento a uma situação em que o seu papel é o de doente. Todos estes sentimentos e emoções, conduzem a uma situação de stress que

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

poderá ser agravada pela atitude dos profissionais de saúde, se o seu olhar se direccionar somente para os aspectos físicos e biológicos, desvalorizando a expressão de sentimentos e a dimensão psicológica do doente (CABETE, 2005).

Cada pessoa vive uma situação de hospitalização de forma única, de acordo com a sua história de vida, situação de doença e internamentos anteriores, apoio social, fase de vida, personalidade, representações de saúde e doença, que deve ser respeitada e tida em conta na abordagem ao doente. Assim a interacção do envelhecimento, da hospitalização e da situação de doença poderão traduzir-se em riscos para a pessoa idosa: risco de perda de identidade, integridade física, de autonomia, de ruptura consigo mesmo e com o mundo, fragilizando o seu equilíbrio (CABETE, 1999a). A mudança de ambiente e a perda/separação de familiares, a comunicação deficiente (que não tem conta os possíveis deficits sensoriais, quem transmite a informação, e o contexto em que se realiza) faz com que se sintam sem recursos e isolados, o que aumenta a insegurança e diminui a capacidade de adaptação, podendo desencadear comportamentos patológicos, que poderão levar a perda da autonomia e da independência (CABETE, 2005; CABETE, 1999a; CARAPINHEIRO, 1993).

Segundo BRUNNER e SUDARTH (1977, cit. por CABETE, 1999a), a vivência de uma situação de hospitalização interfere com algumas das necessidades emocionais básicas: sentimento de Inclusão (necessidade de estabelecer e manter uma relação satisfatória com as pessoas, tendo em vista a associação e interacção. Quando a pessoa é internada sente-se despersonalizada); Sentimento de Controlo (necessidade de estabelecer e manter uma relação satisfatória com as pessoas, tendo em vista o poder, as decisões e a autoridade. Esta necessidade é afectada porque a pessoa sente que não tem poder sobre si mesmo, sendo-lhe retirada a capacidade de decidir, muitas vezes sobre o seu próprio futuro. No caso do idoso, e particularmente sobre ele, tomam-se decisões por ele, ou fala-se com a família, ignorando o próprio como se já fosse um incapaz. Isto pode levar a duas situações extremas "(...) por um lado, à completa dependência no que diz respeito à decisão, em que a pessoa desiste da sua responsabilidade; por outro lado, a actos de rebeldia e de recusa" (CABETE 1999a, 34)]; e Sentimento de Afeição (necessidade de estabelecer com outras pessoas, uma relação de troca mútua baseada na estima mútua. Normalmente é satisfeita com os familiares e amigos, mas que numa hospitalização estão afastados). Estas necessidades não estão em grande parte dos casos satisfeitas, pelo que muitos idosos desejam expressar a sua autonomia, contrariando as orientações dadas, sendo depois classificados como maus doentes (CABETE, 1999a).

Assim a relação entre o doente e os profissionais de saúde é essencial no processo de adaptação à hospitalização, sendo fortemente condicionada pela forma como os

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

profissionais vêem a pessoa idosa (CABETE, 2005). “ (...) na idade avançada é cada vez mais importante que a intervenção ultrapasse o tratamento clínico da doença e que se desenvolva noutras vertentes como o bem-estar, a capacidade funcional, a integração social e a qualidade de vida” (CABETE, 2005: 31), pois quem cuida pode ter em seu poder a capacidade de modificar os comportamentos negativos face a velhice e doença, favorecendo a sua saúde e bem-estar dos idosos (BERGER, 1995b). Preconizando-se que o planeamento dos cuidados de enfermagem seja centrado na pessoa que está a viver o problema de saúde, pois só tendo em conta a individualidade de cada pessoa é que os cuidados farão sentido. A relação de parceria nos cuidados de enfermagem permite assim olhar para a pessoa como um ser único, permitindo desenvolver o seu *empowerment* e uma evolução positiva da sua situação clínica de doença (HOOK, 2006).

2.2 Cuidar em Parceria da Pessoa Idosa Hospitalizada

A população está a envelhecer, assim os cuidados à pessoa idosa constitui uma das principais preocupações em enfermagem sendo urgente “desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (GOMES, *et al*, 2007: 106). Tendo em conta o que foi exposto ao longo deste capítulo, importa agora referir o que se entende por Cuidar, Cuidados de Enfermagem e Cuidados em Parceria com a Pessoa Idosa em meio hospitalar.

“A prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo” (COLLIÈRE, 1999: 25). Na verdade, o cuidar faz parte das necessidades básicas para a sobrevivência da vida humana: o cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado (COLLIÈRE, 1999). O cuidar surge assim como: uma característica humana, componente primordial no ser humano, comum e inerente a todos os povos; como um imperativo moral, relativo à dignidade e respeito pelo outro; como um afecto, sentimento de compaixão; ou como uma interacção interpessoal, na qual a comunicação, confiança, respeito e empenho estão subjacentes (MCKENNA, 1994). É neste sentido que o cuidar surge como a essência da enfermagem. Mas não se pode definir a natureza dos cuidados de enfermagem sem se identificar o seu fundamento, pois os cuidados de enfermagem fazem parte de um conjunto de actividades de cuidados (actividades quotidianas e permanentes da vida), pelo que é essencial contextualizá-los no processo de vida e de morte a que o homem e o grupo de humanos se confrontam todos os dias da sua existência.

WATSON (2002) considera, assim, que o cuidar é uma arte, na medida em que, através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos, que, por sua vez, são também experimentados pelo receptor da interacção do cuidar. A arte de cuidar é assim considerada como uma forma de comunicação e

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

expressão de sentimentos humanos, exigindo envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento, primariamente, para com o próprio e para com os outros humanos. O cuidar entende-se assim, como uma forma de promover a saúde, prevenir e enfrentar a doença, e aceitar a morte, em resumo surge como um fim em si próprio e não um meio para atingir a cura, pois aí o cuidar deixa de ter significado, quando a cura não é possível (WATSON, 2002). Implicando, ainda, o respeito pela pessoa em todas as suas vertentes, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, pois é ela a responsável pelo seu projecto de vida e saúde (WATSON, 1985). Assim a “ (...) humanização e qualidade dos cuidados passam por valorizar aquilo que os idosos têm para nos dizer, que hábitos de vida estão na raiz do seu comportamento” (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005: 15), e tendo em conta essas informações o enfermeiro intervirá junto dos mesmos promovendo a reflexão e a tomada de decisão quanto aos comportamentos de saúde a adquirir.

O enfermeiro é um profissional que presta cuidados de saúde, a partir de um saber técnico e humano, de uma preparação científica e de uma assunção de responsabilidades, guiando-se por um código deontológico (DEC-LEI 104/98), que estabelece como princípios básicos: Autonomia possível, liberdade e responsabilidade a assumir; Beneficência ou busca de um bem maior ou mal menor em situação negativas; Não - maleficência, a si mesmo ou aos outros por acção ou omissão; Justiça comunicativa ou distributiva, na base da equidade e limitação dos bens; Igualdade de oportunidade, sem fazer acepção das pessoas a cuidar; Excelência e eficiência dos cuidados que implica competência, honestidade e vigilância no diagnóstico, prognóstico e plano de cuidados; Confidencialidade, sigilo natural, profissional com atitude respeitadora dos direitos recíprocos e da solidariedade eficaz e; Informação prévia e consentimento explícito e personalizado entre o emissor e receptor, entre o profissional de saúde e a pessoa alvo de cuidados.

Os cuidados de enfermagem são um conjunto de acções utilizadas para responder as necessidades fundamentais dos indivíduos tendo em vista: melhorar as condições que favorecem o desenvolvimento ou a manutenção da saúde física e mental (prevenção e a eliminação da doença) e; reabilitar alguém que já esteja doente (COLLIÈRE, 1999). O “ (...) campo de competência de enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionais pela doença e suplementá-las se estas forem insuficientes (...), baseia-se na compreensão de tudo o que torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir” (COLLIÈRE, 1999: 290). Quando não existe doença, deficiência, ou acidente, mas há circunstâncias que exigem uma ajuda externa a competência do enfermeiro é mobilizar e desenvolver as capacidades da pessoa, da família

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

e dos que o cercam, para fazer face e resolver a situação, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos (afectivos, físicos, sociais e económicos) de que dispõe, promovendo a tomada de decisão por parte da pessoa doente/idosa doente.

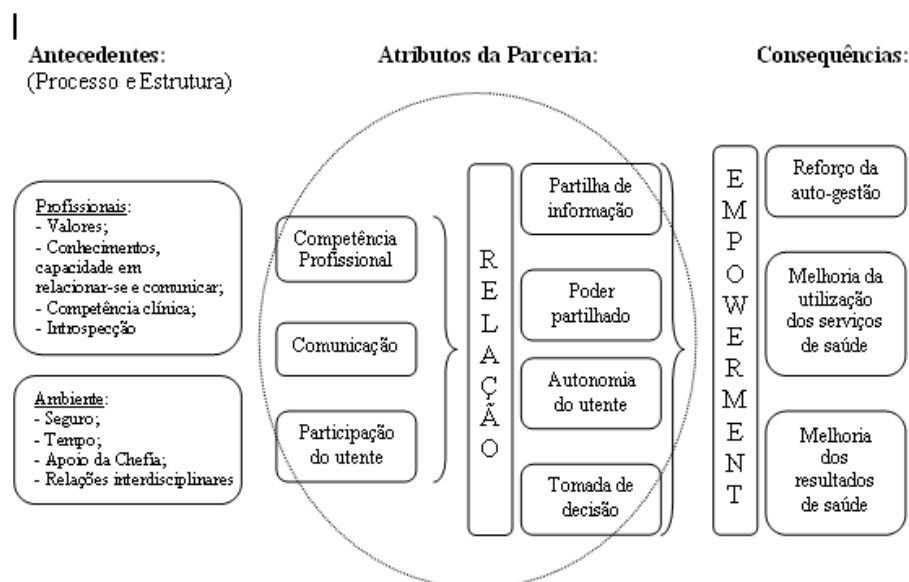
Assim a prestação de cuidados de enfermagem visa, essencialmente, mobilizar todo o potencial da pessoa para esta conseguir fazer tudo com o mínimo de (ou sem) ajuda, tornando-a pessoa activa no seu processo de cuidados. Neste sentido, é necessário cuidar em parceria com a pessoa idosa, enquanto uma intervenção que capacita a pessoa para decidir, dignificando-a e tornando-a parceira no seu processo de cuidados, respeitando a sua autonomia. Perante o que foi exposto é essencial esclarecermos o conceito de parceria nos cuidados de enfermagem, pois segundo refere a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003: 4): “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades”.

No intuito de perceber como se utiliza o conceito de parceria nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, GOMES (2002), desenvolveu um estudo etnográfico num serviço de medicina, concluindo que para haver uma verdadeira relação de parceria é necessário existir uma interacção genuína entre os parceiros, implicando um conhecimento e uma atenção com a pessoa alvo dos cuidados, para que a tomada de decisões e acções em conjunto resultem em benefício para ambos. A mesma autora salientou, ainda, algumas dimensões que constituem o conceito de parceria, que podem ser utilizadas como estratégias na actuação do enfermeiro perante o doente idoso, como questionar a pessoa antes de agir estimulando a sua participação, ter verdadeira atenção pela pessoa para conhecer quem está do outro lado, respeitá-la, transmitir informação importante facilitando a tomada de decisão da pessoa conferindo-lhe poder, demonstrar “compaixão”, escutar, responsabilizar-se, dar esperança e por fim, realizar acções negociadas em conjunto, como um trabalho em equipa. Em suma, em parceria (GOMES, 2002, 2007).

Segundo GALLANT (2002), a parceria entre enfermeiro – cliente pressupõe determinados antecedentes, como a cooperação, a partilha de responsabilidade, respeito, confiança, cortesia, autenticidade e relação interpessoal; atributos que se podem resumir na negociação e partilha de poder e, por fim, as consequências, nomeadamente o *empowerment*, o conhecimento mútuo, de enfermeiro e doente, e satisfação de ambos. HOOK (2006) foi outra autora que numa revisão da literatura tentou perceber como a parceria está envolvida numa relação de enfermeiro e doente. Através de um esquema (Esquema 1) esta autora elucidou as dimensões da parceria (antecedentes, atributos e consequências) e das quais se destacaram a “partilha de conhecimento, partilha de poder, autonomia do doente e tomada de decisão em conjunto” (HOOK, 2006: 141). De acordo

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

com esta autora, a competência profissional é alcançada através da introspecção e conhecimentos adquiridos (pelo treino e capacitação do profissional - teórica, observação, capacidade de perceber necessidades doente/família, comunicação, relação empática), (HOOK, 2006).



Esquema 1 – Antecedentes, atributos e consequências da parceria (HOOK, 2006, p.141)

Sendo através da comunicação e partilha mútua de conhecimentos/informação, que se estabelece uma relação de parceria e se incentiva a autonomia e a tomada de decisão do doente (HOOK, 2006). HOOK (2006) refere ainda que o como principais consequências deste tipo de relação são o *empowerment* da pessoa doente e a evolução positiva da sua situação clínica. Esta autora defende ainda que a partilha de poder e informação e a participação do doente, contribui para a sua adesão ao tratamento e à evolução positiva da sua situação clínica (HOOK, 2006). É ainda de referir a necessidade de um ambiente de segurança e de disponibilidade (tempo) para o estabelecimento desta relação, tal como o apoio da chefia e as relações/apoio interdisciplinares, para o sucesso desta relação (HOOK, 2006). Tendo em conta todos estes factores (antecedentes e atributos) o enfermeiro poderá desenvolver uma relação de parceria com a pessoa doente.

Para que a pessoa consiga participar na sua plenitude, nas tomadas de decisão relacionadas com a sua saúde, é necessário que o enfermeiro consiga partilhar com o doente idoso os seus conhecimentos, assim segundo SANTOS (2002: 62) “a parceria requer que o enfermeiro complete a unidade do doente e adapte os seus conhecimentos à sua capacidade e necessidades, para que ambos elaborem o plano de acção”. Este autor, num estudo sobre a parceria como metodologia de trabalho, refere que é necessário que se estabeleça uma relação de proximidade e de confiança que assente na igualdade, para que

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

o enfermeiro consiga incluir a pessoa nas suas decisões e cuidados e para que a pessoa sinta uma sensação de poder na sua saúde. Em suma, “a parceria tem a ver, então, com a capacidade de ensinar, de motivar e de comunicar.” (SANTOS, 2002:62).

Uma relação de parceria implica ainda respeito e empatia pelo outro, assim como numa relação de ajuda, que segundo CHALIFOUR (1993: 18), é “uma interacção particular entre duas pessoas, a enfermeira e cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada por este último”. O respeito é mais do que ter consideração ou reconhecimento por uma pessoa, é acreditar na sua individualidade e unicidade (QUEIRÓS, 1999). E a empatia, como um dos elementos fundamentais numa relação de ajuda, pode ser considerada como “a base de reagir ou de responder ao outro (...) que se consiga colocar verdadeiramente na «pele» do outro e reintegrar de novo a sua própria «pele», mantendo intacto aquilo que é e, até, enriquecendo a sua própria pessoa” (QUEIRÓS, 1999: 36).

Segundo SANTOS (2002), uma fase essencial na relação de parceria, é a etapa de “negociação e vivência”, quando cada tarefa individual acarreta um trabalho em conjunto. “É um processo vivido «momento a momento», em que o doente enfrenta as constantes mudanças internas e externas de modo continuado” (SANTOS, 2002:64). É aqui que a pessoa se começa a centrar em si mesma, nas suas potencialidades e recursos aprendidos ao longo do seu caminho para dar resposta a esta “passagem” da sua vida. A pessoa passa a dar “consentimento consciente e colaborante (...) ajustando-se e adaptando-se a ele, mantendo contudo toda a autonomia que é capaz de mobilizar” (SANTOS, 2002: 65). Assim, o enfermeiro tem de ter “a capacidade de «atender», ou seja, estar presente, assistindo e auxiliando, dando atenção, interpretando, e confortando” (SANTOS, 2002: 65). Além de ajudar o doente a treinar e conservar as suas potencialidades de forma a harmonizá-las com a sua nova situação, prepara-o para o enfrentar de outras situações quando de volta ao seu domicílio.

Num estudo sobre a parceria com a família, DINIS (2006) refere que o conceito de parceria se fundamenta em princípios base, como participação, *empowerment*, colaboração, aliança e cooperação. A participação é definida como a “possibilidade de um indivíduo estar envolvido num processo de tomada de decisão ou numa acção” (DINIS, 2006: 57) e segundo GOMES (2002: 57), “o conceito de parceria, (...) está estritamente relacionado com o de participação, na medida em que ambos implicam uma partilha recíproca entre o doente e o profissional”. A participação da pessoa é assim vista como uma mais-valia nos cuidados de enfermagem, permitindo à pessoa tomar decisões na manutenção e promoção da sua saúde, na prevenção ou recuperação de doenças, ter uma visão de si próprio mais global, a

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

nível psicológico, físico e social, e por fim, a elaboração de um plano de tratamento com definição de objectivos individualizados (CARVALHO, 2003). A cooperação pode ser entendida como um “trabalho conjunto com determinado fim mas cuja natureza do vínculo ou dos atributos do trabalho dos actores não são valorizados” e a aliança como “união, ou acordo para cooperar (...) entre as partes actuates” (DINIS, 2006: 57). Estes dois conceitos devem estar presentes numa relação de parceria, pois tem de haver uma partilha de informação e uma partilha de poder entre os dois actores desta relação, neste caso entre o enfermeiro e a pessoa idosa, para que se consiga ter cuidados de enfermagem de qualidade. No que diz respeito à colaboração, “pode ser considerado o envolvimento conjunto em actividades que impliquem tomada de decisão, exigindo esforço cooperativo. (...) A parceria mesmo interpessoal pressupõe a colaboração das pessoas envolvidas” (DINIS, 2006: 58). A compreensão do conceito de *empowerment* em contexto hospitalar, permite o “reconhecimento das capacidades das pessoas idosas para tomar decisões, para assumir as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades” (GOMES, 2002: 64). Pode ser considerado como um “processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas” (DINIS, 2006: 58). Este é um processo importante para a aquisição de informação, competências e capacidades de gestão de recursos internos no âmbito da promoção de saúde e prevenção de doença de cada indivíduo (GOMES, 2002: 63). Assim, para que se possa desenvolver o *empowerment* na pessoa idosa, para que esta tenha capacidade de decisão, tenha noção das suas responsabilidades e para que partilhe as suas crenças, pensamentos e ideias, é necessário dar a conhecer comportamentos e estilos de vida saudáveis, dotar de competências sociais e culturais, para que possam ter autonomia de poder escolher o que sentem ser mais adequado a si próprios, mobilizar os seus recursos internos e externos e tomar decisões que influenciem a sua saúde (GOMES, 2002).

Mas uma intervenção em parceria implica a passagem por fases que, segundo GOMES (2002), são: envolver-se com a pessoa idosa, capacitar ou possibilitar o cuidado do outro, comprometer-se e por fim, assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro. Construindo-se assim uma acção conjunta, quando a pessoa tem capacidade de decisão, que incluem como estratégias: partilha de poder com a pessoa idosa, promover a pro-actividade, desenvolver capacidades ao nível da comunicação, promover o respeito no estabelecimento de uma relação com a pessoa idosa, identificar as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, ajudar a transformar as capacidades potenciais em reais, promover a reflexão, respeitar o ritmo e o tempo da pessoa, promover a negociação,

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

estabelecer um compromisso com a pessoa idosa, ajudar nas escolhas da pessoa, validar os cuidados, promover a autonomia e dar reforço positivo (Gomes, 2009, 207). Ou o assegurar o cuidado do outro, quando a pessoa não tem capacidade de decisão, tendo por base o princípio do respeito e da co-responsabilidade, e passando por conhecer a identidade da pessoa, actuar segundo os valores e princípios da eficácia e terapêutica profissional, capacitando igualmente a família a cuidar da pessoa idosa, de forma a antecipar complicações e proporcionar conforto e bem-estar (Gomes, 2009).

Em suma no âmbito da relação de cuidados de enfermagem, podemos definir, segundo GOMES (2002: 210), a parceria nos cuidados como um “processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum”. É então um processo que engloba um projecto comum entre o enfermeiro e o doente com vários objectivos, entre eles, reduzir o impacto da hospitalização e a promoção da autonomia da pessoa. Destacando-se a individualidade da pessoa e a negociação entre o enfermeiro e o cliente de cuidados no seu processo de recuperação e adaptação à sua doença (GOMES, 2007). “Desta forma, se contribui para a autonomia do doente idoso e para um cuidado mais centrado na pessoa, permitindo que esta possa controlar ou prosseguir o seu projecto de vida e de saúde.” (GOMES, 2009: 251-252).

Em síntese o hospital rege-se por regras instituindo normas de conduta e práticas de cuidados, havendo “ (...) uma tipificação de acções por tipos de actores sociais, orientando a conduta humana através da existência de um corpo de conhecimentos, que fornece as regras, papéis e condutas institucionalmente adequadas. (...) Assiste-se assim, a um processo de legitimação do que é instituído, o privilegiar por parte dos profissionais das regras institucionalmente definidas, não permitindo ao indivíduo idoso o exercício de legitimação da sua autonomia.” (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005: 19).

Verifica-se que os serviços não estão organizados em torno dos seus doentes, mas em referência a critérios das próprias instituições (modos de admissão, critérios de cuidados) e de disponibilidade destes mesmos serviços. A autonomia da pessoa, e em especial no caso dos idosos, é aniquilada, e o sistema de cuidados e serviços constrói-se na base de uma pessoa dependente de uma rede de prestações, na qual não tem liberdade de escolha (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005). Torna-se, então, essencial que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros desenvolvam competências relacionais e de parceria com a pessoa idosa, evitando ao máximo as consequências negativas que uma hospitalização poderá acarretar, contribuindo de forma significativa para a promoção da autonomia da pessoa idosa. No entanto as representações sociais dos enfermeiros relativamente à pessoa idosa

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

e envelhecimento poderão interferir no processo de cuidar e na promoção da autonomia do idoso hospitalizado, sendo importante elucidar o que se entende por representações sociais e autonomia.

3. Representações Sociais acerca de envelhecimento e pessoa idosa e suas implicações na Autonomia do doente idoso hospitalizado

O internamento de uma pessoa é um momento gerador de stress para o indivíduo e sua família em qualquer faixa etária. A pessoa idosa não é excepção, sendo importante conhecer o seu contexto de vida para melhor poder cuidar. As representações sociais associadas ao envelhecimento e à pessoa idosa são muito importantes para as relações que se estabelecem com este grupo de pessoas (CABETE, 2005). Tendo em conta a questão de partida deste trabalho: Serão as representações sociais de envelhecimento e pessoa idosa dos enfermeiros determinantes para a promoção da autonomia do idoso hospitalizado, neste último capítulo serão abordados os conceitos de autonomia e representação social como conceitos chave fundamentais na construção do objecto de estudo.

3.1 Autonomia e as implicações no consentimento informado

Mas o que entendemos então por **autonomia**? E de que forma os cuidados de enfermagem podem condicionar a autonomia da pessoa idosa hospitalizada? “O termo autonomia deriva de duas palavras gregas *autos* e *nomos*, que significam o poder de dar a si próprio uma regra, definindo os seus interesses individuais e relações particulares” (NEVES e PACHECO, 2004: 238).

A autonomia é um conceito que os profissionais de saúde não podem esquecer, pois o homem age de forma livre e com criatividade, sem que se exerça algum tipo de persuasão e poder sobre ele. Kant (2008) defende que a autonomia está directamente relacionada com a dignidade da pessoa humana, dignidade esta, relacionada com a igualdade e respeito conferido a cada ser humano. Numa relação entre a pessoa idosa e enfermeiro pressupõe-se que exista consentimento e respeito mútuo, sendo conferido o direito ao doente de participar nos seus próprios cuidados. A autonomia pode, ainda, ser definida como a capacidade de se governar segundo as suas próprias normas, as suas próprias leis, e como refere HESBEEN (2000: 110), podendo assim “significar capacidade de gerir os seus limites”. Ser autónomo é assim ter poder sobre si próprio, sobre as suas decisões. GILLON (1995) refere que a autonomia pode ser avaliada por três critérios: autonomia de acção, em que o homem age de forma independente, sem qualquer obstáculo; autonomia de vontade, que permite ao ser humano decidir sobre coisas com base nas suas próprias deliberações; e

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

a autonomia de pensamento que é a que faz o homem, no uso da sua capacidade intelectual, um ser que pode tomar decisões com base nas suas crenças e valores.

O desenvolvimento da autonomia de uma pessoa é influenciado por factores biológicos, psicológicos e sociais. E “ (...) apesar dos condicionantes biológicos, psicológicos e sociais, o ser humano pode agir dentro de uma margem própria de acção e deliberação” (SÁ e OLIVEIRA, 2007: 13). A autonomia da pessoa, em alguns momentos e situações de crise poderão interferir na sua capacidade de escolha. Assim a influência externa de factores sócio-económicos e culturais interferem na autonomia, na medida que diminuem as possibilidades de escolha, podendo reduzir ou mesmo inviabilizar a margem própria de acção e deliberação (SÁ E OLIVEIRA, 2007).

Para que a autonomia possa ser exercida a pessoa deve ser livre no sentido de ser capaz de fazer as suas escolhas de plena vontade, como agente moral. Para tal, necessita de ser capaz de compreender e apreciar o significado e as consequências das suas acções, por que opta, de forma a poder assumi-las como suas ou então a rejeitá-las. No entanto dar autonomia à pessoa, não significa necessariamente que ela tenha sempre que tomar as decisões, significa sim que ela tem o poder de escolher se quer decidir ou se pretende delegar essa informação, para que outros decidam por si (CABETE, 1999b).

É ainda de referir que o princípio da autonomia está ligado ao princípio da responsabilidade. Sendo que “a responsabilidade pressupõe a capacidade de responder pelas próprias acções, e o dever de prever as consequências de determinada acção antes de a realizar (...) é uma resposta a um apelo do outro (...) implica a noção de respeito (...)” (PINTO e SILVA, 2004: 23), pelo outro. A autonomia é essencial para a formação da pessoa como um ser racional e livre, e a responsabilidade (inerente a este último princípio), forma a pessoa na solidariedade social, na vida em comunidade (PINTO e SILVA, 2004).

A autonomia da pessoa decorre da doutrina da dignidade humana, que afirma a dignidade do Homem em si mesmo, recusando a sua instrumentalização ou utilização como um simples meio, sendo explícitos na Carta dos Direitos do Doente alguns direitos com vista à sua autonomia sendo centrais os direitos à informação e ao consentimento (SIMÕES e MARTINS, 2007). Neste sentido e para garantir e respeitar a autonomia e dignidade da pessoa, surgiu a necessidade de desenvolver o consentimento informado, definido como “ (...) uma decisão livre, tomada por uma pessoa capaz, que visa o consentimento ou não de um acto relacionado com a sua saúde, decisão esta, que só é tomada após a pessoa ser detentora de informação necessária ” (TOMÁS e POMBO, 2001: 49), é o reconhecimento da autonomia e responsabilidade de todo e qualquer ser humano. Este compreende três sentidos da liberdade da pessoa: ser capaz de escolher; estar desimpedido de

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

compromissos anteriores (de forma que a sua escolha não prejudique compromisso anteriores); e estar livre de coação (TOMÁS e POMBO, 2001).

Para uma decisão ser considerada, têm de ser respeitados determinados critérios, tendo a pessoa que ter capacidade para: compreender a informação dentro do seu sistema de valores; fazer um julgamento sobre essa informação; elaborar uma resposta e; comunicar livremente o seu desejo ao profissional/equipa de saúde. Mas o “ (...) consentimento informado coloca os enfermeiros perante um desafio que choca com dificuldades estruturais, organizacionais e culturais” (TOMÁS e POMBO, 2001: 52). Ao olharmos para a prática dos cuidados de enfermagem observamos claramente dificuldades na aplicação do consentimento, além de todas as barreiras organizacionais, pois “ (...) os procedimentos hospitalares traduzem um evidente peso institucional, e pouca ou nenhuma consideração pela individualidade dos cidadãos que a ela recorrem” (TOMÁS e POMBO, 2001: 52). Há necessidade de mudança de paradigma – da prepotência institucional e profissional para o reconhecimento e valorização do papel do cidadão nas diversas fases e intervenções relacionadas com a sua saúde. A autonomia, pode ser assim um processo susceptível de ser potenciado pela presença de um ambiente e de cuidados adequados, passando pela satisfação das necessidades do indivíduo como o expressar a sua individualidade, assumir o poder sobre si próprio, participar nas decisões e o desejo de não separação daqueles que pertencem à sua esfera emocional. Deste modo, “as instituições devem estar abertas à mudança, à inovação, no sentido de possibilitar aos seus profissionais o exercício pleno de um Cuidar, promotor da autonomia e participação da pessoa idosa” (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005: 19).

Assim, para melhor cuidar, todos os profissionais de saúde devem reflectir sobre as suas práticas, adoptando uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa idosa hospitalizada, promovendo a sua autonomia, e consequentemente o seu bem-estar e sentimento de integração/valorização pessoal e social. “As intervenções em cuidados de enfermagem surgem, assim, directamente relacionadas com qualidades de quem cuida, pelo que a influência das crenças e valores é importante nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros” (COSTA, 1998: 73). Deste modo torna-se imprescindível compreender se as representações sociais de envelhecimento e idoso influenciam os cuidados de enfermagem na promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

3.2 Representações Sociais, Mitos e Estereótipos

As representações sociais ocorrem devido a inter-relação entre actores sociais, o fenómeno e o contexto que os rodeia (ARAÚJO, *et al*, 2006). Desta forma toda a representação social tem implicações na vida quotidiana e nos comportamentos adoptados por um grupo de

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

indivíduos acerca de um objecto, que são resultantes do modo como os actores sociais representam socialmente esse objecto e do significado que estes adquirem nas suas vidas.

Com o aumento do interesse pelos fenómenos do domínio simbólico, surge uma preocupação com as explicações para eles, às quais recorrem às noções de consciência e de imaginário. Com DURKHEIM (1898, cit. NEGREIROS, 1995) surge o conceito de representações colectivas, que define como o fenómeno social a partir do qual se constroem as diversas representações individuais.

Partindo da noção de representações colectivas Serge Moscovici desenvolve em 1961 o conceito de representação social, trabalhando na sua tese de doutoramento a natureza do pensamento social, e ilustrando o modo de constituição e os mecanismos das representações sociais. Renova assim o conceito de representação colectiva, construindo então o de representação social como um conceito integrador (explicação da origem e da natureza do pensamento social). A representação torna-se, assim, um instrumento de grande importância para o conhecimento dos saberes do senso comum como modelos e formas de aquisição de conhecimentos sobre os objectos e experiências da realidade quotidiana dos sujeitos (SANTOS, *et al*, 2005), construindo-se a partir de vários materiais com origens diversificadas: Base cultural acumulada na sociedade ao longo do seu processo histórico – esta base cultural comum circula através da sociedade sob a forma de crenças partilhadas, valores básicos, referências históricas e culturais que constituem a memória e a identidade da própria sociedade. Sendo a partir desta base cultural que se modela a mentalidade de uma época e que se constroem as estruturas básicas das representações sociais; Comunicação Social na sua variedade de formas, conteúdos e modos – fundamental nas trocas e interações de informações, valores, conhecimentos, opiniões, crenças, modelos de conduta. Com um papel fundamental na forma como as pessoas organizam a sua visão da realidade; Inserção social dos sujeitos – “(...) que intervêm não só pelo seu carácter selectivo, relativamente aos conteúdos comunicacionais, mas também pela influência do tipo de experiência pessoal estabelecida com o objecto de representação” (NEGREIROS, 1995: 23).

Após o que foi referido relativamente à formação das representações sociais pode-se dizer que elas são sociais tanto pela natureza das suas condições de produção, como pelos efeitos que produzem, como pela dinâmica do seu funcionamento (NEGREIROS, 1995). Sendo vista como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento partilhado no discurso quotidiano dos grupos sociais (MOSCOVICI, 2001,2003). É compreendida assim como a elaboração de um objecto social pela

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

comunidade com o propósito de conduzir-se e comunicar-se (MOSCOVICI, 2003), surgindo da necessidade de transformar o que é estranho e não é compreendido, em algo familiar.

MOSCOVICI (1961) aponta para a existência de 3 eixos, a partir dos quais se estruturam as componentes de uma representação social: a atitude, a informação e o campo de representação. A atitude expressa a relação afectiva com o objecto e o carácter dinâmico da representação social. A informação refere-se aos conhecimentos que se tem sobre o objecto representado, e varia consoante os grupos sociais, os meios de acesso à informação e os diversos objectos. O campo de representação diz respeito à organização e hierarquização dos elementos que constituem a própria representação social, refere-se à forma como esses elementos se estruturam (NEGREIROS, 1995). Ocorre assim um processo de objectivação que transforma os diversos conteúdos abstractos e conceptuais, relativos ao objecto, em imagens – reificação do objecto, e ao mesmo tempo um processo de objectivação onde se dá a integração da informação dentro do nosso sistema de pensamento, tal como já está constituído (NEGREIROS, 1995), ou seja, damos sentido ao desconhecido através do que já conhecemos. Este processo de ancoragem “ (...) expressa ainda a inserção social das representações, a sua relação com a posição social dos indivíduos e dos grupos com o seu quadro simbólico e ideológico” (NEGREIROS, 1995: 26).

As representações sociais acerca do envelhecimento e pessoa idosa foram sofrendo alterações ao longo dos tempos de acordo com as épocas, culturas e sociedades, construindo-se frequentemente mitos e estereótipos acerca dos mesmos. Na hospitalização da pessoa idosa não são alheios factores como as crenças dos profissionais relacionados com a doença e o envelhecimento. Os idosos são muitas vezes considerados como doentes, dementes, inaptos para tomarem decisões por si o que pode ocasionar estereótipos condicionantes de toda a relação terapêutica (CABETE, 2005). Neste sentido torna-se fundamental perceber o que se entende por estereótipos e mitos.

3.2.1 Estereótipos e Mitos

O mundo social e humano raramente nos é apresentado objectivamente, sem apresentar adjectivações (muitas vezes estereotipadas), ou seja estereótipos, que são percepções (representações sociais) extremamente simplificadas (sem reflexão crítica) e geralmente com ausência de matrizes (MARTINS e RODRIGUES, 2004).

“Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento” (MARTINS e RODRIGUES, 2004: 250). Este problema surge quando o fenómeno de envelhecer é

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional. “A rejeição e rotulagem de um grupo em particular de indivíduos, desenvolve-se porque as características individuais com traços negativos, são atribuídos a todos os indivíduos desse grupo. Assim a palavra «velhote» descreve sentimentos ou preconceitos resultantes de micro-concepções e dos «mitos» acerca dos idosos. Os preconceitos resultantes envolvem geralmente crenças, de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inactivas, fracas e inúteis” (NOGUEIRA, 1996, cit. por MARTINS e RODRIGUES, 2004: 250). Mas o que se entendem então por mitos, estereótipos, crenças e atitudes?

Atitude – conjunto de juízos que se desenvolvem a partir das nossas experiências e da informação que possuímos das pessoas ou grupos. Pode ser favorável ou desfavorável, podendo influenciar comportamentos, embora não seja uma intenção (BERGER, 1995d; MARTINS E RODRIGUES, 2004). Crença – é um conjunto de informações sobre um assunto ou pessoas determinante das nossas intenções e comportamentos, formando-se a partir das informações que recebemos (BERGER, 1995d; MARTINS E RODRIGUES, 2004). Estereótipo – é uma imagem mental muito simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos que é partilhada, nas suas características essenciais por um grande número de pessoas e serve para dominar o desconhecido (GLEITMAN, 1999); é uma opinião feita, uma ideia banal desprovida de qualquer originalidade; levando muitas vezes à ignorância acerca das características de um determinado grupo, minimizando as características individuais de cada um dos seus membros, fazendo com que a forma como nos relacionamos com essa pessoa seja impessoal (BERGER, 1995d). Grande parte, dos estereótipos sobre o envelhecimento está associada a traços da personalidade e a factores sócio-económicos e não às características específicas do envelhecimento (BERGER, 1995d). Mitos - são uma construção do espírito que não se baseia na realidade, sendo por isso uma representação simbólica (MARTINS e RODRIGUES, 2004). Muitas vezes os mitos trazem uma certa hostilidade e quando utilizados em excesso impedem o estabelecimento de contactos verdadeiros com os idosos.

Torna-se verdadeiramente importante focar que os mitos e os estereótipos sobre a velhice estão muitas vezes associados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, podendo influenciar a forma como as pessoas interagem com a pessoa idosa. Sendo também uma fonte de grande perturbação para os idosos, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades, de procurar soluções para os seus problemas e de encontrar medidas adequadas à sua condição (BERGER, 1995d; MARTINS e RODRIGUES, 2004).

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Estas imagens mentais simplificadas e estereotipadas sobre a pessoa idosa são compartilhadas actualmente em todos os níveis e grupos sociais. Também a enfermagem como profissão, inserida neste contexto social, sofre influências que podem determinar atitudes positivas ou negativas. Como atitudes positivas destacam-se o respeito, a reciprocidade e a confiança; como negativas destacam-se o “automorfismo social” (o não reconhecimento da unicidade do idoso), a “gerontofobia” (corresponde ao medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e velhice), o “âgisme” (refere-se a todas as formas de discriminação com base na idade) e a “infatilização” ou “bebeísmo” (é uma atitude que se manifesta geralmente pelo tratamento por tu, pela simplificação demasiada das actividades sociais/recreativas e pela organização de programas de actividades que não correspondem às necessidades/gostos dos indivíduos) (BERGER, 1995d).

Podemos então dizer que os “ (...) estereótipos cegam os indivíduos, impedindo-os de se precaverem das diferenças que existem entre os vários membros, não lhe reconhecendo, deste modo, qualquer virtude, objecto, ou qualidade (...) tornam-se inevitavelmente elementos impeditivos na procura de soluções precisas e de medidas adequadas, tornando-se urgente o combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, levando os cidadãos a adoptar medidas e comportamentos adequados face aos idosos”. (MARTINS e RODRIGUES, 2004: 253). Na sociedade de hoje deseja-se que o papel do idoso seja, novamente, reconhecido; pretende-se que nos próximos anos as pessoas idosas estejam mais e melhor informadas acerca dos seus direitos, exercendo mais activamente a sua participação e autonomia, exigindo mais respeito e reconhecimento, sendo necessário que se olhe a pessoa idosa como um todo e com uma história de vida. Tornando-se, então, o estabelecimento de uma relação de parceria com as pessoas idosas hospitalizadas algo indispensável aquando da prestação de cuidados de enfermagem, principalmente quando se aspira promover o cuidado de si (GOMES, 2009; VAZ, 2008), nomeadamente a autonomia da pessoa.

3.3 Representações Sociais do Envelhecimento e a Autonomia da Pessoa Idosa Hospitalizada

As condutas humanas são intencionais e inspiradas conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, pelo que as representações sociais de saúde e doença são muito importantes para compreender uma população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade (SEVALHO, 1993). Cada época, cultura, sociedade tem a sua maneira de interpretar a saúde e doença, comportando-se de acordo com essa interpretação. A forma como vemos o outro influencia frequentemente o modo como nos comportamos com o mesmo (BERGER, 1995d; ARAÚJO, *et al*, 2006), sendo vários os factores susceptíveis de

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

influenciar as atitudes sociais relativamente à pessoa idosa e ao envelhecimento, aos quais os enfermeiros também estão susceptíveis.

Como qualquer grupo social, os enfermeiros assimilam crenças, conceitos e mitos sobre o envelhecimento e o idoso adquirindo estereótipos sociais que influenciam as suas práticas de enfermagem para com os idosos (ROY, 1996; cit. por VIEGAS, 2006) levando a sentimentos de inferioridade que além de desmoralizante podem criar dependência (PAYNE, *et al*, 2000; cit. VIEGAS, 2006). Na interacção com o idoso, durante os cuidados de enfermagem, muitos estereótipos são activados pela percepção dos traços físicos característicos dos idosos, pelo tipo de comunicação verbal e não verbal, como: respostas passivas, queixas relativas a problemas de saúde, familiares, económicas, confronto com perdas (VIEGAS, 2006). O factor idade, não foi, no entanto, encontrado como determinante para a diferença entre atitudes positivas e negativas face aos idosos (VIEGAS, 2006).

A questão das relações entre práticas e representações tem bastante relevância na investigação em representações sociais, dada a natureza destas últimas, simultaneamente ligadas à acção. Porém embora entre os especialistas, exista um consenso sobre a existência de uma relação entre elas, no que se refere à natureza desta relação, em termos de influência e determinação de umas sobre as outras, as posições são divergentes (ABRIC, 1994; ANDRADE, 1998; ROUQUETTE, 1998; GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002). ROUQUETTE (1998), e TOLETTI (2004) referem que a relação entre representações e práticas, não é uma relação de influência recíproca, as representações são condição das práticas, estão nelas ancoradas e por essa via as práticas são um agente de transformações das representações. Neste sentido é nosso objectivo compreender se as representações sociais dos enfermeiros sobre o envelhecimento e pessoa idosa condicionam os cuidados de enfermagem promotores da autonomia dos idosos hospitalizados.

A autonomia é um dos princípios fundamentais para se poder agir com respeito junto da pessoa idosa que é alvo de cuidados de enfermagem, no entanto, a sua prática não é isenta de dificuldades, pelos vários aspectos específicos inerentes a cada pessoa, onde interferem factores psicológicos, culturais, biológicos, tornando impossível a generalização e uniformidade na aplicação do referido princípio. A tomada de decisões é fundamental na vida de qualquer um, poder escolher e poder decidir fazem parte dos direitos mais básicos da vida e dignidade de cada um, além de ser fundamental para a auto-estima, qualidade de vida e bem-estar de cada um. A pessoa idosa, a pessoa idosa doente e a pessoa idosa doente hospitalizada não são excepção, porque a sua primeira condição é serem pessoas e como tal têm direitos não podendo ser privadas de algo que é básico e fundamental. No entanto o que se conclui num estudo desenvolvido por CABETE (2005) é que a pessoa

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

idosa com a hospitalização torna-se passiva no espaço, passiva na acção, e passiva na tomada de decisão (não é ouvida e a sua vontade não parece ser tida em conta, se olharmos para a redução da capacidade de tomar decisões que se observa). Já estudos mais recentes, como o de GOMES (2007) têm demonstrado que as pessoas idosas hospitalizadas querem deixar de ter um papel passivo, ou seja querem ter um papel activo no seu processo de saúde/doença querendo participar nas decisões relativas aos seus cuidados.

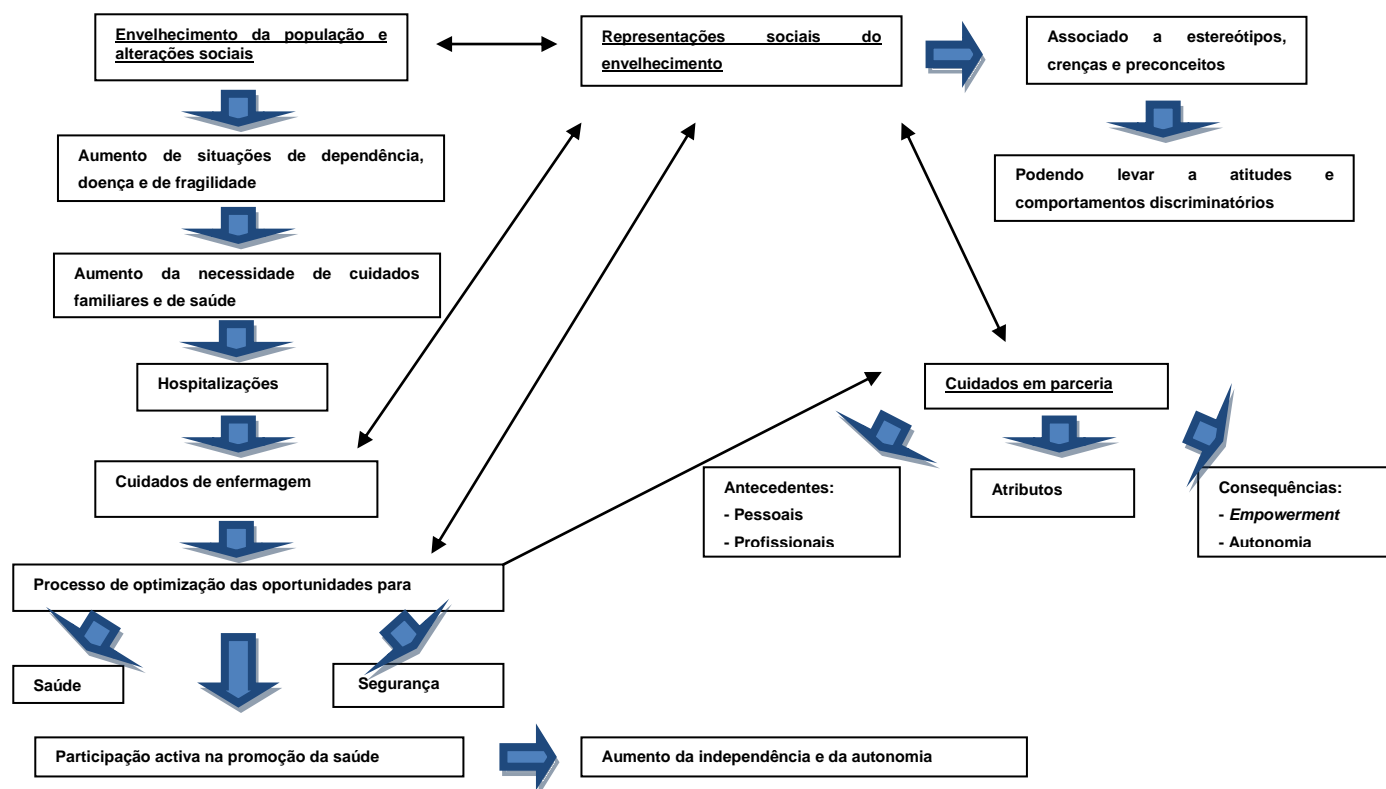
Como profissional de saúde mais próximo da população idosa hospitalizada, o enfermeiro tem de compreender o envelhecimento, tendo em conta todos os factores envolvidos (físicos, genéticos, biológicos, psicológicos, ambientais, sociológicos, económicos, comportamentais), que constroem a individualidade de cada um neste processo. O idoso é um ser individual, sendo importante o enfermeiro romper com o conjunto de preconceitos socialmente estabelecidos, numa forma a humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados, respeitando a individualidade da pessoa. ALMEIDA (1999), num estudo que realizou, sobre crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano, concluiu que os enfermeiros mantêm em relação aos idosos crenças ligadas à dependência, à inactividade e ao isolamento, mas que se estas forem eliminadas e atribuídas ao idoso qualidades mais positivas, seria possível elevar a qualidade dos cuidados de forma a responderem melhor aos objectivos de readaptação ao meio e readaptação funcional. Noutro estudo desenvolvido por GOMES (2002) – *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso – “Erro de Narciso”*, ressaltou que os doentes idosos querem cada vez mais ser parceiros no seu processo de cuidados, quanto aos enfermeiros verificou-se que o conceito que têm de pessoa idosa pode facilitar ou dificultar transformá-la em parceira. Assim torna-se primordial reflectir-se nos cuidados que se realizam, tentando compreender se estes são condicionados pelas representações sociais de envelhecimento e estereótipos a ele associados. Como refere CABETE (1999a) é fundamental para os idosos hospitalizados, manter-se uma atitude de ajuda e de suporte, respeitando a sua individualidade e promovendo a sua autonomia, minimizando assim os efeitos negativos da hospitalização e estabelecendo uma relação de parceria nos cuidados. Construir uma relação em parceria nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, implica respeitar a individualidade de quem se cuida, desenvolvendo o *empowerment* desta, e permitindo uma evolução positiva da sua situação clínica (HOOK, 2006), pois a pessoa sente-se envolvida no seu projecto de saúde/doença. No entanto, as representações sociais poderão influenciar os comportamentos humanos, não estando os enfermeiros imunes a isso (ARAÚJO, *et al*, 2006), sendo que as representações negativas acerca da pessoa idosa levam os enfermeiros a subvalorizar as suas capacidades, vendo o idoso como uma pessoa doente,

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

mais velha, com diminuição das suas capacidades físicas e mentais, levando –os a despersonalizá-los e a desrespeitá-los.

Em suma e como se observa pelo esquema 2, o aumento da população idosa, com propensão para as situações de dependência, doença e fragilidade, leva a um aumento das necessidades de cuidados familiares e de saúde, e consequentemente a um aumento das hospitalizações e cuidados de enfermagem. Para otimizar as condições de saúde, segurança e participação activa da pessoa idosa na promoção da sua saúde (autonomia e independência), os cuidados de enfermagem deverão ser realizados em parceria, promovendo nesta o *empowerment* e a sua autonomia. No entanto, estão inerentes ao envelhecimento e pessoa representações sociais, como mitos e estereótipos, aos quais os enfermeiros estão susceptíveis, e que poderão influenciar as suas práticas de cuidados, nomeadamente os cuidados de enfermagem em parceria e a promoção da autonomia e empowerment da pessoa idosa hospitalizada.

Esquema 2 – Mapa Conceptual



De todos os estudos pesquisados, não se conseguiu encontrar relação entre as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento e a promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. Perante isto importa pois compreender se as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento e da pessoa idosa influenciam os seus cuidados na promoção da autonomia do idoso hospitalizado, uma vez que os estudos encontrados mostraram que é uma área que necessita de ser desenvolvida.

Parte II- Opções Metodológicas

Esta parte do trabalho corresponde às opções metodológicas escolhidas para a realização deste estudo. Nesta serão apresentados os capítulos: aspectos metodológicos do estudo (descrevendo o método e a técnica escolhidos, o instrumento de colheita de dados usado, bem como a caracterização do local de recolha de informação e a selecção dos participantes); apresentação, interpretação e análise dos resultados; limitações e; conclusão do estudo.

1. Aspectos Metodológicos

1.1 Método e Tipo de Estudo

Segundo ALMEIDA E PINTO a metodologia é a “ (...) organização crítica das práticas de investigação” (1990: 84), e esta “alimentar-se-á assim nos métodos, dos percursos já feitos, retirando deles a novidade produtiva” (1990: 85). Os métodos são então definidos como os “caminhos críticos percorridos por uma formação científica através de múltiplas investigações que vão desembocando em conhecimentos estruturadores da sua matriz teórica”. (ALMEIDA e PINTO, 1990: 85).

A **questão principal** deste estudo de investigação é: Será que as representações sociais de idoso e envelhecimento dos enfermeiros influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado. Assim tendo em conta o objecto de estudo e objectivos traçados, optou-se por utilizar uma metodologia qualitativa, pois o que se pretende estudar é um fenómeno da realidade social. A escolha desta metodologia, assentou, no facto de a mesma, permitir apreender “o que os sujeitos experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem” (BOGDAN e BIKLEN, 1994: 51).

Os estudos qualitativos apresentam como características essenciais: o facto de o investigador acreditar na existência de múltiplas realidades, respeitar e compreender o ponto de vista do participante; reconhecer que participa na investigação, pois inquire e interpreta os dados, pratica uma conduta de pesquisa que evita afectar o contexto natural do fenómeno social (no entanto todo o investigador afecta de algum modo os participantes) e procura a compreensão do fenómeno (STRENBERT e CARPENTER, 2002).

Numa investigação qualitativa a preocupação não é a generalização dos resultados mas sim o compreender o fenómeno em determinados contextos (STRENBERT e CARPENTER, 2002), pelo que as conclusões poderão ter significado para outros estudos em situação semelhante, mas não poderão ser extrapoladas, apenas se podem reportar à área em

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

questão. É ainda de salientar que os sujeitos de investigação são inquiridos de forma contínua com o intuito de perceber o fenómeno na sua totalidade. Isto é, como eles o experienciam, que significados lhe atribuem e face a isso como estruturam as suas relações sociais (BOGDAN e BIKLEN, 1994). Procura-se assim neste estudo, descrever, tendo por base os dados colhidos, um fenómeno que ainda foi pouco explorado. Considerando-se assim que será um estudo descritivo, exploratório seguindo uma abordagem qualitativa.

1.2 Instrumentos de Colheita de Dados

Uma das técnicas utilizadas para a recolha de dados é a **técnica da associação livre de palavras** (técnica projectiva verbal), que começou a ser desenvolvida em 1905 e actualmente tem sido muito usada no campo da Psicologia Social, como forma de apreender e conhecer as concepções e representações sociais dos indivíduos, relativamente a determinados objectos/fenómenos. “As técnicas projectivas são métodos para a obtenção de medidas psicológicas, através do auto-relato verbal, com uma co-operação consciente mínima do participante” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004: 261). Esta técnica apresenta estímulos aos participantes, levando-os a uma interpretação pessoal. A forma como cada pessoa reage a esse estímulo é um reflexo das suas necessidades, motivos, atitudes, ou traços pessoais. Os dados colhidos através desta técnica podem ser analisados tanto numa perspectiva quantitativa como qualitativa.

Esta técnica torna-se muito vantajosa pois permite: ultrapassar algumas dificuldades metodológicas e teóricas com que se deparam frequentemente os estudos qualitativos (VALA, 1981); a apreensão dos campos semânticos e das suas supostas propriedades estruturais e significantes (OLIVEIRA, 1995), permitindo a actualização de elementos implícitos ou latentes que estariam mascarados em produções discursivas; captar indicativos dos universos de opiniões, evidenciando-se assim aspectos informativos e atitudes expressas com conotações afectivas e valorativas, além de elementos da organização do campo das representações (MOSCOVICI, 1978, cit. por MARCONDES e SOUZA, 2005); e a menor susceptibilidade ao fingimento (do que as medidas de auto-relato) (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004: 262). Em resumo, esta é uma técnica de fácil e flexível aplicação, consistindo em fornecer um estímulo, que poderá ser uma palavra, ou um texto curto, uma frase, uma imagem ou um som. De seguida o indivíduo indica o conjunto de palavras que associa ao estímulo que lhe foi fornecido.

Com o uso desta técnica pretende-se objectivar as representações sociais de idoso e envelhecimento dos enfermeiros de um serviço de internamento de uma medicina hospitalar. Nunca esquecendo que a riqueza das realidades sociais não poderão ser verdadeiramente apreendidas a não ser pelo recurso a várias técnicas e métodos de

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

pesquisa que tenham em conta toda a complexidade e multidimensionalidade das representações e concepções dos indivíduos. Deste modo usar-se-á como complemento a **entrevista semi-directiva**, com a finalidade de explorar e aprofundar as representações sociais de envelhecimento e pessoa idosa dos enfermeiros e a forma como estas influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

A entrevista possibilita uma abordagem em profundidade do ser humano, pois permite a compreensão rica e matizada das situações em estudo (RUQUOY, 1997). É utilizada como técnica principal, ou associada a outras técnicas, sendo, muitas vezes, utilizada numa fase exploratória da investigação. Pode ser classificada num *continuum*, em que num dos extremos o investigador permite a expressão livre do seu interlocutor, quase não intervindo (entrevista não directiva), e no outro extremo o investigador é que estrutura e entrevista a partir de um objecto de estudo estritamente definido (entrevista directiva). Neste trabalho propomos a utilização de uma entrevista semi-directiva, que se encontra num nível intermédio desta classificação. A aplicação desta entrevista responde a duas exigências: permite que o entrevistado expresse e estruture o seu pensamento em torno do objectivo em estudo (não directividade), e ao definir bem o objecto de estudo direcciona o discurso do interlocutor, não o deixando ir ao sabor do pensamento, exigindo assim o aprofundamento de pontos que ele não teria focado sem a intervenção do entrevistador (directividade). Esta forma de condução da entrevista exige um guião, com os pontos que se pretende abordar, não tendo de se seguir uma ordem fixa. O entrevistador ao aplicar a entrevista semi-directiva segue a linha de pensamento do seu interlocutor ao mesmo tempo que zela pela pertinência das afirmações relativamente ao objecto de estudo, criando um clima de confiança de forma a controlar o impacto das condições/contextos sociais da interacção. Assim para assegurar a qualidade e pertinência dos dados, devemos sempre ter em conta o objecto de estudo, o contexto interpessoal e das condições sociais da interacção. Sendo ainda pertinente focar que a aceitação da entrevista pode ser dificultada pela grande distância social ou cultural, as relações de poder, as diferenças de idade, sexo, raça, e tema do estudo (RUQUOY, 1997).

Reportando-nos agora aos instrumentos de colheita de dados propriamente ditos, é importante referir que antes da sua aplicação foi pedida autorização (ANEXO I) à Direcção de Enfermagem do Hospital Lisboa Norte, EPE e só após ter sido obtido o consentimento (ANEXO II) este foi aplicado. O guião da entrevista e o guião para a associação livre de palavras (finalizados após a realização de três abordagens exploratórias) contém três partes, como podemos observar no ANEXO IV. Uma primeira que tem como objectivo caracterizar os participantes do estudo e que integra diversas variáveis. Na segunda parte consiste em fornecer estímulos, sendo que de seguida cada indivíduo expressa as suas

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

ideias/pensamentos, emoções/sentimentos e as imagens/símbolos que os conceitos em estudo lhes suscitam, através de um máximo de 10 palavras para cada estímulo apresentado. O uso desta técnica, permitiu-nos verificar, como os enfermeiros em estudo, pensam, sentem e concebem estes fenómenos. Por fim foi realizada uma entrevista semi-directiva em que os enfermeiros responderam às diversas questões propostas. O processo de recolha de informação decorreu entre Setembro e Novembro de 2010.

Antes da aplicação de cada entrevista foi apresentado um documento de consentimento informado (ANEXO III), onde é descrito o estudo, apresentando-se os seus objectivos e explicitando-se o que será feito com os resultados e outras informações pertinentes, sendo garantidas o anonimato e confidencialidade das informações obtidas. Só aos participantes que assinaram o consentimento informado, foi realizada a entrevista e a associação livre de palavras. Cada entrevista realizada foi codificada (numericamente), de forma a manter o anonimato e confidencialidade dos resultados.

1.3 Descrição do Campo de Análise

Tendo em conta o objecto de estudo, foi escolhido como local de recolha de informação o serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Pólo Hospital Pulido Valente. Esta opção deve-se ao facto deste serviço apresentar características importantes para o desenvolvimento do mesmo, nomeadamente a taxa de ocupação do internamente ser por população, maioritariamente, com mais de 65 anos; ser um serviço que tenta englobar o doente nas decisões relativas ao seu processo de saúde/doença, através dos planos de cuidados e do método por enfermeiro responsável. A proximidade e localização também se tornam facilitadoras para a realização do estudo, pois o facto de ser o local de trabalho do investigador trouxe claras vantagens em termos de acesso à população estudada, pois todos os elementos do serviço nos consideram como pertencendo ao grupo, havendo já um relacionamento empático necessário a este tipo de investigação, permitindo-nos um processo de recolha de dados num período de tempo mais reduzindo. De seguida passaremos a uma breve descrição do campo de análise, pois a compreensão do que se busca no estudo qualitativo só acontece quando somos capazes de nos colocar no lugar do outro (DE LA CUESTA, 2002). Para compreendermos as relações entre os diversos autores, temos de considerar o seu contexto, pois o estudo dos autores à margem da organização e das suas regras dificulta a compreensão das dinâmicas internas da mesma.

1.3.1 Medicina 3 B do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente

O serviço de Medicina 3B Piso 1 é constituído por 10 quartos com uma lotação de 27 camas. Contudo alguns quartos poderão ter uma cama suplementar, pelo que a lotação do serviço pode chegar a 36 camas, o que acontece com muita frequência. Os doentes são de

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

ambos os sexos, estando divididos por duas alas. Cada ala tem uma casa de banho com sanitas, lavatórios e cabines de duche, havendo ainda uma casa de banho própria, para levar os doentes que se encontram acamados, ou com limitações moderadas a graves (temporárias ou permanentes) da sua mobilidade (Duche Assistido). Muito recentemente existe uma galeria fechada, com cadeirões onde os utentes e familiares poderão conviver, e realizar as suas refeições.

A equipa de saúde é constituída por 6 médicos, 23 enfermeiros (ANEXO V), 14 auxiliares de acção médica, fisioterapeutas, psicóloga, dietista, assistente social e secretária de unidade.

O horário das visitas é das 12-14h (uma visita, caso o doente se mantenha no quarto) 16-20h (duas visitas, caso o doente se mantenha no quarto), podendo ser prolongado em situações especiais, e em alguns casos o familiar cuidador poderá permanecer durante a noite e todo o dia com o doente. Nestes casos, tenta-se que a pessoa doente fique num quarto individual.

Os doentes são internados todos os dias (e em todos os turnos) vindos directamente das consultas de especialidade (realizadas no hospital) e, na sua grande maioria, do serviço de urgência que se encontra no Pólo Hospital Santa Maria. As patologias que levam ao internamento do doente são essencialmente hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, infecções respiratórias, insuficiências respiratórias, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes *mellitus* tipo II, acidentes vasculares cerebrais, entre outras. Existe também uma grande prevalência de situações clínicas com necessidade de isolamento. A maioria dos indivíduos internados têm polipatologias e mais de 65 anos, havendo uma grande dependência física associada.

1.4 Selecção e Caracterização dos Participantes

Um estudo de investigação necessita obrigatoriamente de uma população, que segundo BEAUD (2003: 206) esta “é uma colecção de indivíduos, de objectos”, ou seja um conjunto de elementos/participantes sobre os quais recai o estudo. Os participantes deste estudo foram os Enfermeiros que trabalham no serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Pólo Hospital Pulido Valente. Estabelecendo-se como critérios de selecção dos participantes:

- ❖ Participação Voluntária;
- ❖ Autorização da gravação áudio da entrevista;
- ❖ Trabalhar como enfermeiro há mais de 6 meses;
- ❖ Trabalhar no serviço de M3B há mais de 6 meses;
- ❖ Encontrarem-se na prestação directa de cuidados.

1.4.1 Caracterização da População do Estudo

Neste estudo, participaram 17 enfermeiros do serviço de medicina 3B piso 1 do Hospital Lisboa Norte, pólo Hospital Pulido Valente, com idades compreendidas entre os 22 e 36 anos, situando-se maioritariamente nas faixas etárias dos 21-25 anos (41,2%) e dos 26-30 anos (29,4%), constatando-se ser uma equipa de enfermagem jovem. Dois, destes enfermeiros têm uma Especialidade em Saúde Materna (a aguardar transferência), e uma Pós-Graduação em Geriatria. Relativamente aos anos de experiência dos enfermeiros participantes no estudo e número de anos que trabalham com pessoas idosas, verificou-se que vão desde 1 a 12 anos. Dos dados analisados, concluiu-se ainda que a maioria destes participantes iniciou a sua carreira num serviço de medicina e que aí se tem mantido.

Optámos por uma caracterização da população do estudo sucinta, sendo apresentada mais aprofundadamente em anexo (ANEXO V). De seguida apresentar-se-á uma breve descrição das diferentes etapas a concretizar, bem como das opções estratégicas efectuadas para análise e tratamento dos dados.

1.5 Método de Tratamento dos dados

A técnica da associação livre de palavras exige um trabalho laborioso de organização e tratamento dos dados. Após aplicação dos inquéritos foram organizados os dados recolhidos, através da criação de uma base de dados no programa *Word 2007* (Anexo V). As formas lexicais equivalentes foram reduzidas à sua forma masculina no singular e transformando os verbos e os substantivos no seu adjectivo correspondente, tendo sempre em atenção não alterar o seu significado e simbolismo (ABRIC, 2003, BARDIN, 2009); colocando-se assim todos os adjectivos e substantivos no masculino, e todos os verbos no infinitivo (BARDIN, 2009). Segundo AMÂNCIO e CARAPINHEIRO (cit. por OLIVEIRA, 1995: 129) “este tratamento pode basear-se exclusivamente no critério de raiz etimológica”.

Para a análise dos resultados obtidos, com a técnica por associação livre de ideias, e após a sua organização, recorreremos à análise dos resultados segundo BARDIN (2009) de forma a uniformizarmos e interpretamos os universos semânticos referidos pelos inquiridos. Foram assim criadas tabelas onde reunimos todas as palavras referidas pelos inquiridos, começando por agrupar e descontar as palavras idênticas, sinónimas ou próximas a nível semântico (BARDIN, 2009). Esta primeira análise estabelecida por aproximações semânticas ligeiras, mas não destituídas de critérios de agrupamento, permitiu-nos representar a informação de maneira condensada através de uma tabela por ordem decrescente de frequências (ANEXO VII). Posteriormente foram classificadas as unidades de classificação em categorias, introduzindo uma ordem suplementar reveladora de uma estrutura interna. Assim foi possível reunir os dados para cada estímulo segundo uma das

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

categorias (BARDIN, 2009). “Um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto da informação e se for produtivo no plano das inferências” (BARDIN, 2009: 57). Nestes quadros foi reflectida a representação social dos enfermeiros acerca de um estímulo fornecido (envelhecimento; pessoa idosa; autonomia e dependência na pessoa idosa), permitindo ainda compreender as dimensões gerais (títulos das categorias) em que se apoiam essas representações sociais. Permite ainda analisar o material recolhido segundo atitudes de avaliação subjacente, como temas favoráveis ou positivos, e temas desfavoráveis ou negativos.

Quanto às entrevistas de forma a facilitar a compreensão e apresentação de toda a informação recolhida optou-se também pela análise de conteúdo, pois é “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” cujo objectivo “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 1977: 38). O que nos possibilitou reunir, organizar e classificar os dados, mostrando e compreendendo a importância atribuída pelos sujeitos aos temas estudados, permitindo-nos “ (...) efectuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso, através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise” (VALA, 1986: 104). Tendo em conta os objectivos da análise de conteúdo torna-se importante haver uma passagem, explícita e controlada através da inferência, da descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento), para depois ser interpretada (significação atribuída a essas características) (BARDIN, 1977).

As transcrições das entrevistas, que constituem o *corpus* de análise, ou seja, o conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 1977; VALA, 1986), foram tratadas de acordo com os objectivos deste trabalho de investigação. Após a gravação áudio cada uma das entrevistas foi transcrita integralmente. De seguida, e numa primeira análise, foram lidas e relidas cada uma das entrevistas com o objectivo de se obter o sentido do todo e se avaliar, na globalidade o grau de adequação dos dados obtidos aos objectivos do estudo. Realizámos uma segunda leitura de forma a encontrar os depoimentos significativos (frases, afirmações), que estavam relacionadas com a temática do estudo. Posteriormente foi questionada cada unidade de significação, que “corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a **categorização**” (BARDIN, 1977: 104) quanto à sua relevância para o estudo. Confrontámos de seguida as

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

unidades de significação de cada entrevista, procurando as diferenças e as semelhanças entre todas elas, reduzindo-se àquelas que, de algum modo, caracterizavam melhor a experiência dos entrevistados. Tentámos encontrar as frases chave, que descreviam melhor a experiência dos sujeitos, de modo a compreender o significado dessas frases, e obter o sentido das interpretações. Durante este percurso, foi nosso objectivo perceber se as unidades de significação expressas pelos enfermeiros apreendiam o essencial do fenómeno. Por fim integramos as unidades de significação e as categorias encontradas em temas (de acordo com o seu conteúdo) de modo a formar uma estrutura compreensiva do fenómeno em estudo.

No entanto, dada a natureza do estudo este apresenta sem dúvida algumas limitações, relacionados com a inexperiência no uso da técnica da entrevista, na subjectividade do objecto de estudo, com alguns dos factores implicados, e com participação completa do entrevistador. Temos assim a noção que as respostas dos participantes foram influenciadas por inúmeras variáveis, nomeadamente o sexo, idade, escolaridade, anos de experiência como enfermeiro, anos que exerce funções num serviço de medicina, anos que trabalha com pessoa idosas, locais onde exerce funções, que embora abordadas com o fim de caracterizar a amostra, não foram tidas em conta como factores de estudo para as possíveis diferenças a encontrar nas representações sociais acerca de pessoa idosa e na promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. Quanto, ao facto de o investigador trabalhar no local onde foi realizado o estudo, foi primordial que o mesmo reconhecesse que participava na investigação, praticando assim uma conduta de pesquisa que evitasse a corrupção do contexto natural do fenómeno, como defendido por STRENBERT e CARPENTER (2002). Neste sentido e de acordo com o sustentado por STRENBERT e CARPENTER (2002), adoptamos condutas de modo a diminuir o impacto da presença do investigador no contexto em estudo através: da criação de um certo distanciamento, tentando aperceber-nos dos nossos sentimentos e preconceitos para controlar o enviesamento, e mantermos uma atitude crítica e reflexiva relativamente aos fenómenos estudados; do estabelecimento de compromissos com os entrevistados nomeadamente - realização das entrevistas fora do horário de trabalho, criando assim um certo afastamento das preocupações inerentes ao mesmo e permitindo a livre expressão dos interlocutores, programar de forma negociada as entrevistas; do esclarecimento, junto dos colegas de trabalho, qual o meu papel enquanto colega de trabalho e investigadora; garantir o anonimato e confidencialidade não seriam alvo de avaliações, criando-se assim uma relação de confiança.

2. Apresentação, Interpretação e Análise dos Resultados

Pela análise dos resultados, da técnica por associação livre de palavras pretendeu-se, apreender quais as principais dimensões de significação, isto é, as representações sociais dos enfermeiros relativamente ao envelhecimento, pessoa idosa, autonomia e dependência na pessoa idosa. A entrevista permitiu aprofundar as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento e da pessoa idosa; conhecer de que modo é mobilizado o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem promotores da autonomia do idoso hospitalizado e; identificar os factores que poderão dificultar ou promover a autonomia do idoso doente hospitalizado, durante os cuidados de enfermagem. Assim tendo em conta o fenómeno em estudo optou-se pela apresentação dos resultados por temas (que surgiram a partir dos discursos dos participantes) e com recurso a quadros para melhor evidenciar os resultados obtidos. A discussão será realizada em simultâneo, e sempre que seja considerado elucidativo serão apresentados extractos de entrevistas. Os temas ilustrativos da análise dos resultados encontrados são: Motivos para trabalhar num serviço de medicina; Representação Social dos Enfermeiros acerca do Envelhecimento e da Pessoa Idosa; Modelo de Parceria nos cuidados de enfermagem; e Autonomia da Pessoa Idosa Hospitalizada, que serão apresentados seguidamente.

2.1 Motivos para trabalhar num serviço de medicina

Escolher um serviço para se exercer a profissão de enfermagem depende de múltiplos factores, e segundo REBELO (1996: 85) “é um processo sujeito a condicionalismos de várias ordens, resultando essa escolha da interacção de vários factores, entre os quais destacamos as representações que o sujeito tem de si e da profissão, e ainda as significações que atribui ao serviço, isto é as condições do exercício onde pretende desenvolver a sua carreira profissional”. Assim numa primeira análise tentou-se perceber qual o papel da pessoa idosa na decisão do serviço no qual trabalham, e identificar os factores que poderiam ter levado os enfermeiros, participantes no estudo, a escolherem um serviço de medicina para trabalharem. Pois torna-se importante conhecer as vivências que ao longo da sua vida, os poderão ter feito optar por trabalhar num serviço de internamento de medicina, pois directa e indirectamente poderá motivá-los, ou não, no desenvolvimento do seu trabalho com a pessoa idosa.

A partir da análise deste tema surgem 4 categorias a: **formação académica**; **formação profissional**; a **experiência pessoal**; e **escolhida pelo mercado de trabalho**; que descrevem os motivos que levaram os participantes a escolher trabalhar num serviço de medicina.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Relativamente à categoria **formação académica** surgem diversas vezes nos discursos dos enfermeiros os estágios, o contacto com pessoas idosas nos mesmos, e o conhecimento prévio do serviço como factores que os levaram a escolher um serviço de medicina para trabalhar. Constatámos assim que a formação académica foi importante para a escolha do local de trabalho destes enfermeiros corroborando os resultados obtidos por DOMINICÉ (1988) e MONIZ (2003), pois segundo estes autores a formação académica é um factor muito importante na socialização dos indivíduos influenciando as suas escolhas futuras e consequentemente as profissionais. Depreendemos ainda que o contacto com as pessoas idosas durante os estágios nos serviços de medicina foram muito importantes para o gosto de trabalharem com pessoas idosas e quererem desenvolver o seu trabalho futuro junto desta população, pois como refere um dos participantes: *“Essencialmente foi o facto das experiências ao longo do curso com idosos (pausa) que me motivaram a desenvolver a minha prestação de cuidados em geriatria”* E3. Ainda de acordo com a análise dos dados, o conhecimento prévio do serviço foi um factor importante para a escolha do local de trabalho, corroborando os resultados de COSTA (1998). Esta escolha pode ser suscitada por um sentimento de segurança e confiança adquiridos pelo conhecimento prévio das pessoas, das relações existentes e do espaço onde iriam trabalhar, como no exemplo: *“teve a ver com o facto de ter feito o meu último estágio do curso neste serviço”* E14.

Quanto à **formação profissional** os enfermeiros focaram muito que a escolha de um serviço de medicina se deveu às experiências e aprendizagens que o serviço lhes proporcionaria, à formação em serviço desenvolvida, ao trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem, à variedade de patologias e de técnicas que poderiam desenvolver, pelo desafio e por ser um investimento para o futuro em termos de aprendizagem. Como verificamos, os serviços de medicina, além de acolherem maior número de pessoas idosas, são os serviços referidos como preferenciais para a aprendizagem de cuidados em meio hospitalar, tanto de cuidados de manutenção de vida, como de cuidados de reparação, o que vem ao encontro dos resultados obtidos por COLLIÈRE (1999) e SILVA (2006), e como refere um dos participantes: *“Neste serviço de medicina, a abrangência de patologias é muito grande, sendo um local rico em experiências e uma boa escola”* E2. Os serviços de medicina são ainda referidos como essenciais no exercício dos cuidados, sobretudo ao nível de destrezas manuais, dos cuidados relacionais, e para a concretização de exercícios de reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem, como no exemplo: *“gostava das pessoas que cá trabalhavam e sabia que era um serviço muito dinâmico, onde se fazia formação em serviço, e especialmente a medicina porque que era um sítio onde iria existir muitas experiências”* E8. Resultados estes também encontrados por COSTA (2005, 1998) e por REBELO (1996:61) enunciando este último que “a experiência assume lugar central na

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

aquisição de saberes fazeres, cuja análise não pode continuar a ser desprezada se se pretende clarificar a especificidade do trabalho de enfermagem”. Daqui depreendemos que a experiência e reflexão sobre a experiência proporcionada por um serviço assume particular importância junto dos enfermeiros para a escolha do local de trabalho, pois permite o desenvolvimento e transformação pessoal e profissional do indivíduo, sendo estes resultados confirmados nos estudos de COUCEIRO (2000). No entanto a experiência, tal como refere DOMINICÉ (1991), tanto pode ser um incentivo como um obstáculo à formação, na medida em que ela pode legitimar posturas e práticas que não são senão repetição de hábitos adquiridos acriticamente. Neste sentido é muito importante o contexto em que um jovem enfermeiro se inscreve para início de carreira, pois a aprendizagem pela experiência não pode ser dissociada das relações existentes nos contextos sociais, onde as pessoas se vão formando. Assim sendo, torna-se importante a escolha de um serviço que invista na formação e reflexão em serviço, como referem os participantes. Num serviço de medicina em que a população é maioritariamente idosa esta reflexão em serviço dos e nos contextos de trabalho poderá ajudar a combater os preconceitos e estereótipos associados tantas vezes a esta população.

Na categoria **experiência pessoal** emergem três subcategorias: gosto/atracção pela pessoa idosa, facilidade anterior em se relacionar com a pessoa idosa, antecedentes familiares como a educação e as experiências anteriores com a família. Como constatámos as vivências da infância, com especial incidência as vivências com os avós são uma das razões fundamentais para os enfermeiros gostarem de trabalharem com pessoas idosas, e de quererem prestar cuidados de enfermagem às mesmas como refere um dos participantes: *“se calhar por ter a minha avó em casa sempre influenciou um bocadinho e sempre quis trabalhar com idosos.”* E5, e confirmando os resultados obtidos por MONIZ (2003) e DOMINICÉ (1998). Como enuncia DOMINICÉ (1998: 56-57) “ (...) as relações familiares influenciam de forma importante as opções tomadas no percurso escolar ou a construção da escolha da profissão”, facilitando as relações que se estabelecem posteriormente nessa área. Estas vivências junto das pessoas idosas (avós) e gosto/atracção pela pessoa idosa, juntamente com a educação, fez com que adquirissem um maior respeito para com esta população, tendo em conta as suas características pessoais e a sua individualidade, como refere um dos participantes *“Eu sempre tive muito respeito pela pessoa idosa, pelo contacto que tive com eles na infância; e pela parte cultural e familiar do conceito de idoso, pois os meus pais sempre me ensinaram e deram o exemplo de tratar as pessoas mais idosas com muito respeito e consideração”* E7. Assim pode-se concluir que as vivências dos participantes junto dos familiares e em particular com os avós, foram significativas para gostarem de trabalharem e se relacionarem com as pessoas idosas,

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

contribuindo ainda para a escolha de um serviço em que maioritariamente a população internada é idosa.

Contudo há outros participantes que referem que a **escolha do serviço foi em função do mercado de trabalho**, surgindo nos discursos como: *“Não foi o serviço de eleição, fui escolhida pelo mercado de trabalho”* E1; *“foi-me imposto. Tinha noção que possivelmente (pausa) iria ser-me difícil porque o meu estágio de medicina não tinha sido agradável, por várias razões... Por ter visto o sofrimento das pessoas idosas na medicina, por ter tido o primeiro choque com a realidade do que era ser Enfermeiro, e outras coisas”*E12. Como verificámos, pela análise das entrevistas, as preferências dos enfermeiros nem sempre são atendidas no momento das colocações nos serviços de internamento resultados corroborados no estudo de MONIZ (2003). Este autor refere ainda que os enfermeiros consideram que estes serviços onde predominam pessoas idosas são pouco atractivos para quem está em início de carreira, e pela percepção que têm quanto à pouca valorização dada aos cuidados prestados a estas pessoas (MONIZ, 2003). No entanto no nosso estudo o que se verifica é que para estes participantes o trabalho num serviço de medicina e junto da população idosa é encarado como um desafio e sentido como um choque, não só pela constatação do que é ser enfermeiro e de todas as experiencias a que estão sujeitos, como também pelo contacto com a realidade e sofrimento inerente às pessoas idosas hospitalizadas.

Em suma as motivações, aspirações e os interesses desempenham um papel motor ou inibidor para a escolha do local de trabalho e para o trabalho desempenhado, tal como também é sustentado por COLLIÈRE (1999). Verificámos que os factores inerentes à escolha de um serviço para trabalhar, se devem essencialmente às experiências académicas, profissionais e pessoais, sendo muito valorizada a possibilidade da aprendizagem pela experiencia e pela reflexão na experiencia, pois são consideradas contributos importantes para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Concluindo-se assim que os motivos que os levaram a trabalhar num serviço de medicina não foram essencialmente por gostarem da população idosa. Outros referiram ainda que não tiveram oportunidade de escolha do serviço para iniciarem o seu percurso profissional.

Dados os resultados encontrados, importa-nos agora compreender que representações sociais têm os enfermeiros acerca do envelhecimento e pessoa idosa, pois essas representações e juntamente com motivos que os levaram a trabalhar num serviço de medicina poderão influenciar os cuidados realizados junto desta população, nomeadamente na promoção da sua autonomia.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

2.2 Representações Sociais dos Enfermeiros acerca do Envelhecimento e da Pessoa Idosa

As representações sociais do envelhecimento e da pessoa idosa, como o uso de estereótipos ou preconceitos podem levar a atitudes, comportamentos e formas de tratamento discriminativas e preconceituosas. As intervenções em cuidados à pessoa idosa, estão relacionados com as qualidades de quem cuida, pelo “pelo que a influência das crenças e valores é importante nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros” (COSTA, 1998: 73). Torna-se assim pertinente o conhecimento destes estereótipos e preconceitos implícitos de forma a melhor compreender os comportamentos e atitudes face ao idoso e com isso elaborar modelos de intervenção mais personalizados à pessoa de quem se cuida.

A análise deste tema incidiu sobre os resultados encontrados para o estímulo envelhecimento e pessoa idosa e nas categorias encontradas nas entrevistas. Assim relativamente ao estímulo **“Envelhecimento faz-me pensar...”**, os enfermeiros entrevistados indicaram 107 palavras, das quais 47 (43,9%) são diferentes (ANEXO VII), reagrupadas em categorias (cat.) e subcategorias (subcat.) como se observa no quadro 2.

Quadro 1 – “Envelhecimento faz-me pensar em”

Categorias	Subcat.	Palavras	Total subcat.	Total cat.
Atributos Positivos do Envelhecimento	Físico	Envelhecimento activo(1)	1	38
	Mental/ Psicológico	Experiência, sabedoria, histórias de vida (10) Bem-estar, tranquilidade, felicidade, alegria, carinho (5) Futuro, vida (5)	20	
	Social	Família, avós, netos, casal mãos dadas, cumplicidade, casal (11)Tempo livre, reforma (6)	17	
Atributos Negativos do Envelhecimento	Físico	Dependência, incapacidade, limitação, perda de força (13)Rugas, cabelos brancos (5), Doença (4), Bengala, óculos (2)	24	69
	Mental/ Psicológico	Solidão (6) Fim de vida, morte (2) Tristeza (4) Perder autonomia (4) Sofrimento (2)	18	
	Social	Idosos, velhice, velhotes (7) Isolamento (6) Complicações, problemas, dificuldades, chatices, peso sociedade (6) Apoios, ajudas (4) Cuidados (2) Coisas negativas (1) Lar Idosos (1)	27	
Total				107

Da análise dos dados referentes ao estímulo “Envelhecimento” (Quadro 1), os enfermeiros associaram ao envelhecimento palavras como experiência/sabedoria/histórias de vida (10) e Família/avós/netos/casal mãos dadas/ cumplicidade/casal (11) como atributos positivos do envelhecimento, referentes a aspectos mental/psicológico e social. Referiram ainda palavras como *dependência/incapacidade/ limitação/ perda de força* (13), *idosos/velhice/velhotes* (7), *solidão* (6), *isolamento* (6), *complicações/problemas/dificuldades/chatices/peso na sociedade* (6), como atributos negativos do envelhecimento relativos a aspectos físicos, mental/psicológico e social. Verificou-se ainda que a maioria dos enfermeiros refere-se ao

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

envelhecimento com atributos negativos (69), com percentagem de 64,5%, prevalecendo os aspectos físicos e sociais.

Quanto ao estímulo “**Pessoa idosa faz-me pensar...**”, os participantes indicaram 80 palavras, das quais 48 (60%) são diferentes (ANEXO VII), sendo reagrupadas em categorias como se observa no quadro 2.

Quadro 2 – “Pessoa Idosa faz-me pensar em...”

Categorias	Subcat.	Palavras	Total subcat.	Total cat.
Atributos Positivos da Pessoa Idosa	Físico	Reabilitação (1)	3	31
	Mental/ Psicológico	Experiências de vida, Maturidade, Sabedoria (Pensar), Histórias de vida, Experiências, Experiente, Ensinar (13); Alegria, Vida (2)	13	
	Social	Família, Avós, Bisavós, Pais, Eu (13) Respeito (2)	15	
Atributos Negativos da Pessoa Idosa	Físico	Doença, Doentes, Doentes marcantes, Problemas saúde(9) Dependência (4) Cabelos Brancos, Rugas (2) Limitação (2) Pessoas Significativas Doentes (1)	18	49
	Mental/ Psicológico	Necessidades (apoio, afecto, presença, acompanhamento, carinho) (6) Solidão (4) Sofrimento (2) Demência (1) Perda autonomia (1) Desilusão (1)	15	
	Social	Cuidados (4) Hospital, internamentos (3) Enfermeiro, Cuidados de Enfermagem (2) Idoso, Velho (2) Envelhecimento (1) Sociedade Portuguesa (1) Visão negativa (1) Sozinha (1) Estigma (1)	16	
Total				80

De acordo com o quadro 2 os enfermeiros atribuíram à pessoa idosa as palavras *experiências de vida/maturidade/sabedoria (pensar) /histórias de vida/experiências/experiente/ensinar (13), famílias/avós/bisavós/pais/eu (13), como atributos positivos da pessoa idosa* em termos de aspectos mental/psicológico e social; e as palavras *doença/doentes/doentes marcantes/problemas de saúde (9), dependência (4), Necessidades (apoio, afecto, presença, acompanhamento, carinho) (6), solidão (4), Cuidados (4) e hospital/internamentos (3) como atributos negativos da pessoa idosa* referentes a aspectos físicos, mental/psicológico e social. Tal como no estímulo envelhecimento a categoria atributos negativos do estímulo pessoa idosa destacou-se com uma percentagem de 61,3%, sendo os aspectos físicos, metal/psicológico e social focados sem grandes diferenças.

Após a análise dos resultados da associação livre de palavras aos estímulos Envelhecimento e Pessoa Idosa, verificou-se que os resultados encontrados são semelhantes, prevalecendo os atributos negativos.

Da análise das entrevistas, relativamente às representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento e pessoa idosa, surgiram nos discursos dos participantes três categorias: Factores que contribuem para a imagem dos enfermeiros acerca da pessoa idosa; Visão

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

que os enfermeiros têm dos idosos hospitalizados; e Visão que os enfermeiros têm da pessoa jovem e da pessoa idosa hospitalizada, como ilustrado no quadro 3.

Quadro 3 – Resultados da entrevista acerca da Representação social que os enfermeiros têm da pessoa idosa

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria
Factores que contribuem para a imagem dos enfermeiros acerca da pessoa idosa	Positivos (37)	Experiencia pessoal (27)
		Características emocionais/psicológicas (5)
		Características mentais (8)
		Factores sociais (2)
	Negativos (64)	Experiencia pessoal (4)
		Experiencia profissional (26)
		Características físicas (11)
		Características emocionais/psicológicas (14)
		Características mentais (6)
		Factores sociais (7)
Visão que os enfermeiros têm dos Idosos hospitalizados	Bom doente (27)	
	Doente difícil (26)	
	Não existem nem bons doentes nem doentes difíceis (3)	
Visão que os enfermeiros têm da pessoa jovem e da pessoa idosa hospitalizada	Pessoa jovem (31)	
	Pessoa Idosa (20)	
	Não há diferenças nos cuidados	

2.2.1 Factores que contribuem para a imagem dos enfermeiros acerca da pessoa idosa

Da análise das entrevistas sobressaiu que existem diversos factores que contribuem para a imagem que os enfermeiros têm de pessoa idosa, sendo estes divididos em factores positivos e negativos, como descreveremos.

Relativamente à experiencia pessoal positiva, emergiram nos discursos dos enfermeiros a família (como cuidadora, unida, relação com os avós, avós cuidadores), independência, autonomia, vitalidade/saúde, capacidade/independência, qualidade de vida, sentimento de utilidade/papel na sociedade e família. A experiencia pessoal negativa, foi apenas focada por 4 enfermeiros referindo-se ao aumento da dependência dos avós, com maior necessidade de cuidados, hospitalizações, e à morte dos mesmos. Os resultados obtidos para a experiência pessoal positiva e negativa correspondem respectivamente aos atributos positivos e negativos sociais da associação livre de palavras acerca de envelhecimento e pessoa idosa.

Quanto à experiencia profissional negativa foram associadas ao envelhecimento e pessoa idosa a doença, a necessidade de ajuda/apoio familiar, mau estado geral, sofrimento, fragilidade, institucionalização, hospitalização, dependência, desorientação, desvalorização, solidão, problemas familiares, perda de relações familiar e social, sem apoios. Resultados

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

que foram ao encontro das subcategorias atributos negativos físico, mental/psicológico e social, da análise dos estímulos envelhecimento e pessoa idosa.

Nas características físicas negativas associaram à pessoa idosa e ao envelhecimento a dependência física, a fragilidade, o estarem acamados, *handicaps*, limitações, diminuição capacidades. Estes resultados confirmaram os obtidos pela análise dos estímulos referentes ao envelhecimento e à pessoa idosa, com a subcategoria atributos negativos físicos.

Como características emocionais/psicológicas positivas da pessoa idosa e envelhecimento os enfermeiros focaram o carinho, a esperança, a tolerância, a receptividade, a alegria, serenidade e a afectividade; tendo no entanto pouca expressão. Quanto às características emocionais/psicológicas negativas focaram que com o envelhecimento ou a pessoa idosa se tornam desconfiadas, reservadas, resignadas à doença, são pessoas com carência afectivas, limitações psicológicas, solidão, sentimentos de inutilidade, tristeza, pessoas que estão em sofrimento, se sentem deprimidas e desvalorizadas. Os resultados encontrados nas entrevistas relativamente às características emocionais/psicológicas positivas e negativas coincidem respectivamente com os atributos positivos e negativos mental/psicológico, obtidos na análise dos estímulos envelhecimento e pessoa idosa.

Relativamente às características mentais positivas foram focados: o conhecimento, a experiência, professores, motivadores, a autonomia, pessoas interessantes e ricas em histórias; vindo ao encontro da subcategoria atributos positivos mental/psicológico encontrada na análise dos estímulos envelhecimento e pessoa idosa. Quanto às características mentais negativas referiram demências, desorientação e o facto de serem pessoas subestimados quanto às suas capacidades mentais.

Quanto aos factores sociais positivos que contribuíram para a imagem que estes enfermeiros têm da pessoa idosa focaram a existência de casais de pessoas idosas em harmonia/cumplicidade, e os abordarem/cuidarem de uma forma mais carinhosa. Como factores sociais negativos referem que são pessoas abandonadas, mais fragilizadas, com necessidade de apoios e cuidados mas sem apoio da sociedade e sem recursos económicos, estando ainda inerente à pessoa idosa o isolamento, a perda da voz na sociedade, e uma imagem menos boa. Estes resultados estão de acordo com, os encontrados na análise dos estímulos pessoa idosa e envelhecimento, e agrupados na subcategoria atributos negativos sociais.

Como constatámos as vivências na infância com a família, e em particular com os avós são muito importantes para a construção da imagem que se tem do envelhecimento e pessoa idosa, sendo essencialmente associada a uma imagem positiva, como enunciado por um dos participantes: *“a minha imagem vem da minha relação com a pessoa idosa, que era*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

com os meus avós, que eram pessoas saudáveis e que ainda eram independentes, sendo pessoas que trabalharam durante toda a vida, reconhecendo-se o papel importante que tinham na família.” E13. Essa imagem é ainda associada a um estado de independência, autonomia e sentimento de utilidade na sociedade: *“A minha avó trabalha na agricultura ainda e consegue produzir os seus alimentos, sentindo-se útil. Vejo por isso a pessoa idosa como uma pessoa autónoma fisicamente e capaz em termos de consciência orientação com capacidade de gerir o seu dia-a-dia e suas economias, e capaz de ajudar os outros e ter as suas opiniões”* E15. Sendo estes resultados corroborados por MONIZ (2003). As vivências negativas junto dos avós são pouco focadas pelos participantes, podendo-se concluir que o que prevalece como mais significativo são os aspectos positivos vividos na relação com os avós. A autonomia atribuída à pessoa idosa, é corroborada no estudo de ARAÚJO, *et al*, (2006) sendo considerada, por este como uma das conquistas da velhice.

A experiência profissional não foi referida pelos enfermeiros como um factor que contribui-se para a imagem positiva do envelhecimento e pessoa idosa, mas sim para uma imagem negativa, como refere um dos participantes: *“Desde que trabalho confesso que tenho uma visão mais negativa da velhice e da pessoa idosa”* E13. O início da profissão marca assim o começo de uma visão e realidade mais negativas do envelhecimento e pessoa idosa. Nesta visão profissional negativa os enfermeiros associam essencialmente ao envelhecimento e à pessoa idosa a doença com consequente fragilidade, mau estado geral, dependência, desorientação e com maior necessidade de apoios, como descrito por alguns participantes: *“A pessoa idosa num internamento fica vulnerável, fica fragilizada”* E11, *“como enfermeiro fez-me ver o outro lado da pessoa idosa, da dependência física e a perda da capacidade mental, de desorientação a perda de relação com família e pessoas exteriores, vendo assim a outra face da pessoa idosa”* E15. A associação da doença ao envelhecimento e pessoa idosa e todas as consequências que daí advêm e são focadas pelos participantes, são confirmados nos estudos de COSTA (1998), que refere que a pessoa idosa e doença é quase como se fosse a mesma realidade. A doença é assim vista como um acontecimento que ameaça ou modifica o equilíbrio da vida da pessoa e sua família, implicando maior necessidade de cuidados, apoios e uma readaptação a esta nova situação. No caso das pessoas idosas, e como refere GARCIA (1994), esta readaptação poderá estar mais comprometida, pela fragilidade inerente.

Ainda em termos profissionais e também sociais, o envelhecimento e a pessoa idosa são, associadas ao isolamento, solidão, sem apoios, um problema/peso na sociedade, desvalorização, perda de relações/papéis familiar e social. Com o envelhecimento vão surgindo gradualmente alterações dos papéis e relações das pessoas na sociedade, o que vai de encontro à *Teoria da Desinserção* de CUMMING e HENRY (1961), em que estes

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

autores referem que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. Esta desinserção implica assim uma adaptação a uma nova condição de vida, o que muitas vezes pode estar comprometido nesta população, e agravada por situações de doença e internamentos recorrentes, tornando-se mais drástica esta alteração na vida das pessoas. A atribuição ao envelhecimento e pessoa idosa como peso na sociedade e desvalorização, são resultados também encontrados por FERNANDES (1997) que refere que as transformações que ocorrem nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das populações proporcionaram condições para que socialmente se começasse a considerar a velhice como uma situação problemática a necessitar de apoio social; e por MONIZ (2003), ao enunciar que a sociedade parece não atribuir à velhice, enquanto etapa de desenvolvimento humano, o devido valor, tendo uma atitude compassiva e caritativa do idoso, e que aquando do internamento da pessoa idosa, esta sente-se um peso para a família e para a sociedade. São identificados ainda sentimentos de abandono, solidão e isolamento à pessoa idosa, resultados inferidos novamente por MONIZ (2003), e FERNANDES (1997) ao referir este último autor, que com o envelhecimento há uma certa segregação social, *“corte com o mundo”*. Este sentimento, podem ocorrer pela ausência/diminuição de relações sociais/interpessoais (também agravadas por situações de doença e fragilidade), consideradas essenciais, principalmente as familiares, na vida da pessoa idosa, como referem os participantes: *“Neste momento vejo o idoso como uma pessoa que está sozinha e vulnerável”* E11, *“acabam por ficar sós em casa. A própria família acaba por, hoje em dia, não ter condições para cuidar e prestar mais cuidados aos idosos”* E13. Constatamos ainda um enfraquecimento dos laços familiares e das redes naturais de suporte às pessoas idosas, pelas alterações que ocorrem na estrutura social e familiar e nas próprias relações familiares, resultados confirmados por GIL (2007). No entanto, num estudo realizado por BERGER (1995) concluiu-se que existem muitos idosos que mantêm elos de amizade, permanecendo em contacto com a família e participando em actividades sociais.

Em termos de características físicas positivas, não foram referidas pelos participantes deste estudo, como factores que contribuíssem para a imagem positiva que têm da pessoa idosa. Na associação livre de palavras relativamente aos estímulos envelhecimento e pessoa idosa, também não foram significativos os atributos positivos relativos aos aspectos físicos (Quadro 2 e 3). Pelo que consideramos que os enfermeiros atribuem maior importância aos aspectos físicos negativos que advêm com a velhice, nomeadamente a dependência física.

A dependência é termos de perda de capacidades físicas e intelectuais é outra característica, associada, pelos enfermeiros do estudo, ao envelhecimento e pessoa idosa, sendo estes resultados confirmados por vários estudos (ALMEIDA, 1999; COSTA, 1998). Este aumento da dependência física na pessoa idosa, poderá levar a perda de autonomia

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

da pessoa, ou seja à *“perda da sua voz na sociedade”* e nas opiniões em geral, sobre si e sobre a sua vida, como referido por um dos participantes: *“As pessoas idosas se calhar sentem que perderam um bocadinho a sua voz na sociedade, ao estarem mais dependentes”* E13. Também SANCHEZ (2000), num estudo que realizou concluiu que certas situações de dependência podem levar à perda da autonomia nas pessoas idosas.

Pelo discursos dos participantes verificamos que o idoso é visto frequentemente como uma pessoa desconfiada, resignada à sua doença, reservada, com carências afectivas e limitações psicológicas, e com sentimentos de solidão, desvalorização, inutilidade associados a uma tristeza sofrimento e depressão; como nos exemplos: *“as pessoas idosas estão muitas vezes resignadas à sua doença, por estarem muito deprimidas”* E13; *“a solidão é muito comum, e nós observamos pelo estado de espírito das pessoas doentes idosas”* E9, *“Acho que as pessoas idosas não são valorizadas como pessoas, e acho que nós as vezes como enfermeiros também não conseguimos dar lhes esse devido valor, por vezes limitamos, quando elas estão internadas ao máximo as capacidades que elas ainda têm”* E8. COSTA (1998) infere alguns dos resultados encontrados ao concluir que os idosos se acomodam e resignam à sua situação, tornando-se passivos nas suas decisões e nas suas exigências. A depressão associada à pessoa idosa é corroborada pelo estudo CABETE (2001), onde conclui que a hospitalização da pessoa idosa e o aumento da dependência física contribui para o aumento da depressão na pessoa idosa. Isto leva-nos a concluir que os participantes do estudo, ao serem enfermeiros hospitalares, e ao contactarem diariamente com pessoas idosas doentes e mais dependentes, estão mais sujeitos a encontrarem pessoas idosas deprimidas associando-lhes frequentemente esta imagem. Também DURHAM (1989), confirma os resultados encontrados referindo que todas as alterações cognitivas, físicas, psicológicas e sociológicas às quais as pessoas estão sujeitas, nomeadamente as perdas que podem ocorrer a estes níveis, podem resultar em tristeza, depressão, isolamento (entre outras), e consequentemente ao sofrimento e sentimentos de incapacidade e inutilidade, estes dois últimos também confirmados no estudo de ARAÚJO, *et al*, (2006), e associados, muitas vezes, a reacções de afastamento, desgosto e ridicularização por parte sociedade

Constatámos ainda que a perda de capacidades intelectuais é associada, frequentemente, ao envelhecimento e à pessoa idosa, como refere um dos participantes: *“As pessoas idosas, muitas vezes, não têm tanta capacidade de assimilar e compreender tanta coisa que lhes é dita, ainda por cima se for uma situação menos positiva”* E9. Estes resultados são confirmados pelos estudos de ALMEIDA (1999) e BARRETO (1988), sendo que este último refere que as alterações a nível cognitivo, associadas ao envelhecimento, se devem à tendência para um pensamento mais concreto, certo grau de rigidez conceptual e

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

dificuldades na resolução de problemas, que leva a exigir mais dados antes de tomar uma decisão. O que segundo COLIÈRE (1999), pode levar à tendência de tratar as pessoas idosas doentes como “*crianças grandes*”, dependentes e sem autonomia

No entanto foram também atribuídas ao envelhecimento e pessoa idosa características como a sabedoria, conhecimento, professores, experiência; e harmonia, cumplicidade, carinho, esperança, tolerância, receptividade, alegria, serenidade e afectividade, como se verifica nos discursos: “*imagem de pessoa idosa, primeiro que tudo é de sabedoria, não é?!*” E14. A sabedoria, o conhecimento, e a experiência, como constatados em vários estudos (COSTA, 1998; ARAÚJO, *et al*, (2006); MONIZ, 2003; WACHELKE, *et al*, 2008), são vistos como um grande ganho na velhice, fortalecendo os aspectos mentais e sócio afectivos. MONIZ (2003) no seu estudo refere que os enfermeiros caracterizam a pessoa idosa como alguém com grande experiência de vida e um saber vivenciado pronto a partilhar, desprendida de coisas materiais. “(...) os enfermeiros estão conscientes que com o avançar da idade a pessoa vai acumulando experiências de vida enriquecidas com novos dados e novas informações reorganizados e estruturados prontos a partilhar” (MONIZ, 2003).

A pessoa idosa é também encarada como uma pessoa que ensina através da sua experiência e sabedoria acumulada, como no exemplo: “*São pessoas experientes que têm várias histórias de vida e que às vezes nos ensinam a lidar com determinadas situações*” E14. Neste sentido, os enfermeiros podem usufruir dos conhecimentos das pessoas idosas para a sua vida pessoal e profissional, havendo uma tomada de consciência da formação pela experiência profissional e contacto com pessoa idosa. O que vem ao encontro dos resultados encontrados por MONIZ (2003), ao sustentar que as pessoas idosas são encaradas pelos enfermeiros como um recurso formativo.

2.2.2 Visão que os enfermeiros têm dos idosos hospitalizados

Da análise dos dados constatámos que os participantes referiram-se ao bom doente idoso como uma pessoa que está consciente e comunica, é independente, tem autonomia (tem opiniões, questiona), aceita o que lhe é dito, com o qual se cria uma relação empática, que é acessível, simpático e educado, compreensivo e respeitador, que é paciente/ tolerante, uma pessoa que é participativo e que gostam de partilhar as suas experiências sendo pró-activos e interessados no seu processo de saúde/doença, que são brincalhões e afáveis, como se observa nalguns discursos: “*um bom doente idoso é uma pessoa pró-activa perante a sua reabilitação*” E3, “*bom doente idoso, é aquele que questiona mas com bom senso, e tenta compreender as nossas dificuldades a nossa falta de tempo, mas também tenta absorver o máximo de informação connosco*” E9. Quanto ao doente difícil idoso referem que é uma pessoa teimosa e pouco receptiva aos cuidados, por vezes com agressividade verbal e

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

física e alguma desorientação, pessoas com demências e alteração do estado de consciência, sobrecarga física, são pessoas sem vontade de melhorarem, pouco participativas e pouco comunicativas/má comunicação/não gostam de se expressar, que não querem partilhar as suas experiências, pouco compreensivos, reservados, impulsivos, com limitações mentais, como nos exemplos: *“um doente difícil idoso é teimoso, implicativo, que não sabe o que quer; (...) que reclama por tudo e por nada e não tem capacidade de compreender”* E9, *“aquele que não consegue partilhar connosco o que está a sentir, partilhar experiencia, dizer aquilo que se passa com ele, não há uma relação”* E6, *“nas pessoas desorientadas é muito difícil prestar cuidados, e os doentes ficam um bocadinho difíceis, ficam agressivos”* E1. Nesta categoria verificamos que os enfermeiros atribuem as características da imagem positiva que têm da pessoa idosa ao bom doente idoso, associando ao doente difícil as características que atribuíram à imagem negativa que têm da pessoa idosa. As características que atribuem ao bom doente vêm ao encontro das categorias atributos positivos encontradas para os estímulos envelhecimento e pessoa idosa e para os factores que contribuem para a imagem positiva, dos enfermeiros, acerca da pessoa idosa, e as características que atribuem ao doente difícil vêm ao encontro das categorias atributos negativos encontradas para os estímulos envelhecimento e pessoa idosa e para os factores que contribuem para a imagem negativa, dos enfermeiros, acerca da pessoa idosa. Podemos ainda considerar que os enfermeiros vêem o bom doente idoso como uma pessoa que aceitou a sua vida/situação/envelhecimento, com um sentimento de integridade estando em consonância, o que está de acordo com a etapa - Integridade do Eu da Teoria Psicossocial de ERIKSON (1976) e que o doente idoso difícil, não aceita bem o seu envelhecimento, sendo associado, normalmente, a um estado de doença de ordem psicológica/mental (desorientação, demência). Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por CABETE (2001), referindo ainda que os estereótipos de bom doente são comuns tanto a doentes como a profissionais de saúde, e em que ambos acham que o papel do doente deve ser consideravelmente passivo, o que agravado por uma comunicação que se caracteriza por ausência de respostas às questões da pessoa, a qual não é favorável a uma boa adaptação e recuperação da situação de doença.

Nesta categoria surge ainda uma terceira subcategoria, em que os enfermeiros referem que não existem doentes difíceis nem bons doentes: *“Acho que não existem nem bons nem doentes difíceis, existem pessoas”* E8; *“Eu acho que...cada pessoa é uma pessoa, muito sinceramente, eu acho que nós temos de respeitar como tal. Há realmente doentes que nos trazem mais problemas na prática de cuidados que são eles de vária ordem. Uns que são mais queixosos, outros que são mais apelativos, outros que por terem mais fragilidades acredito que sintam mais necessidade de atenção, e de chamar para estarmos mais perto*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

deles” E12. Nestes discursos verificamos que os enfermeiros em questão valorizam a pessoa enquanto ser individualizado, com características próprias e com necessidades de cuidados personalizados. O que vem ao encontro dos resultados encontrados por COSTA (1998), onde conclui que alguns enfermeiros valorizam os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em função das suas características pessoais.

2.2.3 Visão que os enfermeiros têm da pessoa jovem e da pessoa idosa hospitalizada.

A partir da análise das entrevistas, e relativamente a este tema, constatámos que os enfermeiros têm uma visão divergente relativamente à pessoa idosa e à pessoa jovem. Relativamente às pessoas mais jovens referem que estas questionam e participam mais, têm maior vivacidade e capacidade de adaptação e resolução de problemas, são tendencialmente mais independentes, têm mais esperança, são mais exigentes e com mais conhecimentos/capacidade de compreensão sendo mais fácil a implementação de actividades de enfermagem e o uso de uma linguagem mais científica, sendo também pouco receptivos na abordagem, são pessoas que se impõem mais, sendo mais respeitados relativamente às decisões que tomam, referem ainda que são pessoas difíceis de cuidar devido à proximidade de idades - sendo constrangedor, como verificamos nos discursos: “As pessoas mais novas são mais exigentes, tem mais conhecimentos, tem mais formação, ahhh, apelam mais ao conhecimento e ao esclarecimento de dúvidas, isto falando de pessoas orientadas” E17; “os adultos têm mais capacidade de resiliência, e não a demonstram e não tem tanta dificuldade em adaptar-se” E9; “torna-se mais fácil pela capacidade de compreensão, pela capacidade de...autonomia, torna-se mais fácil implementar algumas actividades de enfermagem nas pessoas mais jovens” E3. Já as pessoas idosas ao serem comparadas com as pessoas mais jovens são vistas como pessoas menos exigentes, com maior dependência física e psicológica, com menos conhecimentos com necessidade de se utilizar uma linguagem mais simples e um maior estímulo mental, referem ainda que são pessoas com muita experiência de vida ensinando muitas coisas, são pessoas mais frágeis que necessitam de mais carinho e apoio, referem ainda que têm menos respeito pela tomada de decisão da pessoa idosa do que na pessoa jovem, como exemplificamos: “numa pessoa idosa temos de usar uma linguagem terá mais simples, para perceberem, pois têm menos conhecimentos” E17; “os idosos aceitam mais, não fazem tantas perguntas” E6, “Os idosos é diferente nós precisamos de lhes mostrar que eles conseguem e é tentar que eles o façam, é preciso uma maior capacidade de estimular a pessoa. O estímulo mental é mais intenso nos idosos” E15. Verificamos que existem diferenças na visão da pessoa idosa e da pessoa jovem, surgindo também diferenças na forma de cuidar destas pessoas, essencialmente no carinho demonstrado, no tipo de linguagem utilizado e no respeito pela autonomia da pessoa, sendo os motivos encontrados

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

a fragilidade das pessoas idosas, as diferenças na aquisição de conhecimentos científicos e escolaridade, a capacidade de adaptação e resolução de problemas, a proximidade de idades, e a exigência reivindicada. Constatamos assim que o envelhecimento surge em oposição à juventude, corroborando o estudo de ALMEIDA (1999). Sendo que também GOMES (2002), confirma os resultados encontrados, constatando, que as atitudes dos enfermeiros, para como as pessoas mais novas (com quem se identificam) são diferentes da que têm com as pessoas mais velhas, pois estas últimas submetem-se mais facilmente.

Surge ainda uma terceira subcategoria em que os enfermeiros referem que não existem diferenças nos cuidados entre a uma pessoa jovem e a uma pessoa idosa, pois como refere um dos enfermeiros entrevistados *“Os cuidados são sempre diferentes de pessoa para pessoa, independentemente de pessoa jovem ou idoso. Eu acho que os cuidados dependem das necessidades da pessoa.”* E5. Verificando-se um olhar sobre a pessoa idosa personalizado às suas necessidades e às suas características pessoais, como também já tinha sido referido na categoria anterior relativamente ao bom doente idoso, e ao doente idoso difícil. COSTA (1998) no seu estudo sobre *Enfermeiros – Dos percursos de formação à produção de cuidados*, chega a uma conclusão que corrobora os resultados encontrados ao referir que alguns enfermeiros se demarcam da estandardização de cuidados e consideram que os cuidados aos idosos decorrem do utente, das suas características, embora condicionados pelo contexto em que prestam cuidados; no entanto, chega igualmente a uma conclusão inversa em que os enfermeiros embora partilhando de um modelo normalizador das actuações, introduzem algumas alterações, sobretudo relacionais, se os doentes são idosos; outros ainda referem que a diferença dos cuidados é em função da patologia e não em função da pessoa.

Em suma, concluímos neste tema que a primeira imagem que os enfermeiros têm de envelhecimento e de pessoa idosa é negativa, sobretudo associadas às vivências profissionais, e com tendência a intensificarem-se (desde que iniciaram a sua profissão) pelo contacto directo com a população idosa em situação de doença aguda, mais dependente e com situações sociais precárias. Já a visão positiva dos enfermeiros acerca da pessoa idosa e do envelhecimento está associada às vivências familiares e relações sociais com a pessoa idosa saudável. Constando-se ainda que as representações sociais destes enfermeiros acerca da pessoa idosa e do envelhecimento não são estáticas, tendo modificado ao longo do tempo de acordo com as suas vivências e experiências. A visão do bom doente e doente difícil idoso, dos participantes corresponde respectivamente à imagem positiva e negativa dos participantes acerca do envelhecimento e pessoa idosa. Por fim verificamos que existem diferenças na percepção dos participantes acerca da pessoa jovem e da pessoa idosa, nomeadamente em termos do respeito pela autonomia de cada um

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

destes grupos, constatando-se que os inquiridos respeitam menos a capacidade de decisão das pessoas idosas em detrimento das pessoas mais jovens. Outros participantes defendem uma prática de cuidados personalizada referindo que as diferenças encontradas nos cuidados decorrem das características individuais da pessoa cuidada.

No entanto, alguns estudos (COSTA, 1998; GOMES, 2002; LEITE, 2005) referem que as consequências para os cuidados de enfermagem surgem de acordo com a imagem positiva ou negativa que se tem da pessoa idosa: quando positivas estão relacionadas com a consciência individual e com a crítica à rotinização dos cuidados, respeitando a intimidade e autonomia da pessoa; quando negativas surgem relacionadas com uma certa passividade por parte dos enfermeiros, que desvalorizam a individualidade e capacidades da pessoa idosa. No mesmo sentido DURHAM (1989) refere que a representação social negativa da pessoa idosa e do envelhecimento poderá levar à adopção de comportamentos distantes por parte dos cuidadores, para com as pessoas idosas. Assim, e de acordo com as conclusões a que chegámos neste tema relativamente às representações sociais acerca da pessoa idosa e do envelhecimento, importa-nos agora conhecer de que modo é mobilizado o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem (no serviço em estudo) na promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

2.3 Modelo de Parceria nos cuidados de enfermagem

Anteriormente as pessoas internadas eram percepcionadas como meros receptores de cuidados, não lhes sendo reconhecidas capacidades de participar nos processos de tomada de decisão relacionados com os seus próprios cuidados, no entanto, ocorreram várias modificações sociais, culturais e políticas implicando mudanças na forma de perspectivar os cuidados de enfermagem, defendendo-se assim a existência de relações igualitárias entre enfermeiro e pessoa idosa hospitalizada, sendo respeitados todos os conhecimentos, experiencias e opções deste, através, como sustentado por GOMES (2002) de uma relação de cuidados em parceria. Assim da análise dos resultados das entrevistas relativamente ao tema - Parceria nos cuidados de enfermagem, surgiram como 3 categorias, como observado no Quadro 4, e analisadas e discutidas seguidamente.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Quando 4 – Resultados das entrevistas acerca do modelo de Parceria nos Cuidados de Enfermagem

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria
Estratégias relacionais facilitadoras da promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada	Apresentação (10)	Humor, Boa disposição, Abordagem não autoritária, Atitude calma, Privacidade, Cordialidade
	Proximidade (12)	Surge através dos Cuidados, Dialogo, Afectividade. Boa relação com pessoa idosa → confiança e conquistar. A Relação de proximidade com pessoa idosa mais fácil, não existe a projecção como com as pessoas mais jovens
	Disponibilidade (8)	Relação de ajuda, Empatia, Escuta activa
	Avaliação (física/mental/ psicológica) e diagnóstico da situação (16)	O que consegue fazer, que capacidades físicas tem, Estado de espírito, O que pretende, os seus gostos, objectivos, Avaliação das necessidades, Sensibilidade às respostas e expressão não verbal.
	Incentivo/Transmissão de esperança (12)	Reforço positivo, Motivação, Estímulo. Elogiam-se mais as conquistas físicas, porque são visíveis.
	Capacitação física e mental (16)	Fazer escolhas, Reconhecimento das suas capacidades, Liberdade de escolha, Ajustar cuidados às necessidades expressas das pessoas, Incentivar a autonomia da pessoa
Respeito pela pessoa idosa: experiências de vida, passado, cultura, hábitos de vida	Sim (4)	
	Não (3)	Cansaço
	Tenta-se/ Penso que sim (10)	Depende: da disponibilidade (tempo, psicológica e mental) de cada enfermeiro; da gestão de cuidados de cada enfermeiro; da capacidade de adequação às necessidades pessoa idosa; do conhecimento que se tem das necessidades da pessoa idosa.
	Factores facilitadores (54)	Identificação: Valores e experiencias idênticas ao profissional, Experiencia familiar, Cultura familiar, Gosto pela pessoa Idosa Evitar estereótipos, Evitar preconceitos; Capacidade de expressão da pessoa idosa, Apoio família, Feedback da pessoa idosa; Realização de plano de cuidados (Questionar pessoa idosa, Recolha de dados, Folha de acolhimento de dados), Mais enfermeiros (diminuição ratio enfermeiro/utente), Comunicação do enfermeiro, Método de trabalho por enfermeiro responsável, Ter e mostrar disponibilidade (tempo/mental e psicológica) do enfermeiro, Negociar com a pessoa idosa – requer tempo
	Factores dificultadores (40)	Não identificação com doente, Não me envolver para não sofrer, Dificuldade em questionar pessoas, Dificuldade em estabelecer uma aproximação, Falta de disponibilidade, Não mobilização de todas as fontes de informação disponíveis; Acomodação/ passividade da pessoa idosa, Não haver confiança (falta de privacidade), Doentes que não comuniquem; Constrangimentos serviço/instituição, Ambiente Hospitalar, Roturas ambientais, Roturas/falta de espaço, Sobrecarga de trabalho, Rotinas, Cansaço.
Participação da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem	Sim (31)	Situações - Sim, Sim, de acordo com disponibilidade do profissional, Tenta-se. Actividades físicas - Cuidados de higiene, mobilização, alimentação, levantes, AVD
	Não (7)	Fazer como o profissional de saúde entende, Promove-se mais a independência física nas pessoas mais jovens (2)
		Decisões - Importante mas não é realizado frequentemente, Deixamos mais participar nos cuidados do que na tomada de decisão, O ideal era negociar com a pessoa idosa, mas não o fazemos, Decidimos pela pessoa idosa, Fazemos os procedimentos à medida que explicamos (ou não), não esperamos pela sua resposta (5)
	Substituição	Sim - Mais fácil substituir que capacitar; Falta de tempo (8) Não - Incentivar, Valorização, Promoção independência, Começar por pequenas coisas, Não desistir (7)

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

2.3.1 Estratégias relacionais facilitadoras a promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada

Como estratégias relacionais facilitadoras da autonomia da pessoa idosa hospitalizada surgiram: a apresentação, a proximidade, a disponibilidade o incentivo, a avaliação (física/mental/psicológica) e diagnóstico da situação, a capacitação física e mental, e a transmissão esperança.

A apresentação surge no discurso dos participantes como uma forma de criar os primeiros laços de uma relação positiva com a pessoa idosa hospitalizada, promovendo a proximidade, através do humor, boa disposição, abordagem não autoritária, atitude calma, privacidade, cordialidade, como se verifica nalguns discursos: *“humor é essencial para uma apresentação. Acho que uma abordagem com boa disposição, com sorriso, permite logo criar ali uma boa relação com a pessoa”* E14.

A Proximidade é referida como forma de conquista e de estabelecimento de uma relação de confiança e de segurança com a pessoa idosa. Para isso os participantes enunciaram como estratégias as relações que surgem através dos cuidados realizados, e do diálogo, como forma de compreensão da pessoa – as suas experiencias, vivencias, relações de afectividade, preocupações: *“é começar a falar um bocadinho sobre aquilo que a pessoa (...) como se chama, em que trabalhava, em que trabalha (porque há pessoas que ainda trabalham), quais são as terras, de onde vêm, o que gostam de fazer, isso é capaz de ajudar a aproximar um bocadinho a passar á fase seguinte”* E5; *“boa relação com o utente é facilitador, de modo a transmitir confiança e segurança, onde está e com quem é que está a ser cuidado, e depois tentar, lá está, associar às necessidades e não só, costumes e valores de cada um”* E3.

Dos discursos dos participantes, constatamos ainda que as relações de proximidade com as pessoas idosas se tornam mais fácies, pois não se identificam tanto com estas pessoas, como no exemplo: *“É mais difícil estabelecer uma relação com uma pessoa jovem do que com uma pessoa mais velha. (Porquê? - entrevistador) Por causa da identificação, porque nós nos projectamos um pouco na pessoa mais jovem. Com a pessoa idosa nós identificamo-los com os nossos avós e nossos pais, e não connosco.”* E10.

A Disponibilidade, como terceira subcategoria, surge nos discursos dos participantes como uma necessidade de tempo para conseguirem estabelecer uma relação de ajuda (relação empática e escuta activa): *“capacidade de escuta, é muito importante para uma relação (...) ficar ali um bocadinho disponível, ter tempo”* E14.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

No discurso dos enfermeiros foi referida a Avaliação (física/mental/psicológica) e diagnóstico da situação, como uma forma de avaliarem as necessidades e identificarem assim o que a pessoa idosa hospitalizada consegue fazer, que capacidades físicas tem, qual o seu estado de espírito perante a sua situação clínica, e o que pretende – quais os seus gostos e objectivos, como ilustrado nos discursos: *“As estratégias que uso dependem muito da avaliação que faço da pessoa. E depois as estratégias é tentar ser facilitador num processo de autonomia (física), permitindo que ela faça determinadas coisas”* E7, *“tentar perceber quem é a pessoa, qual é o seu estado de espírito isso também ajuda muito no sentido de percebemos se a pessoa está bem ou não com sua situação. O que é que ela pretende para si, (...), e quais são os seus objectivos, digamos assim, para aquele momento, ou para aqueles cuidados que vamos prestar ou mesmo para aquela hospitalização”* E14.

Os enfermeiros referem que o Incentivo e a Transmissão de Esperança, através do reforço positivo, estimulação e motivação da pessoa idosa, é uma estratégia essencial para a promoção da autonomia da pessoa idosa e evolução positiva da sua situação clínica. *“Primeiro então explico para eles perceberem os pormenores da situação, depois incentivo a tomarem uma decisão”* E9, *“E incentivo, porque muitas vezes as pessoas têm dificuldade em pedir, nem sempre todas as pessoas pedem aquilo que desejam, ou o que querem. Incentivo as pessoas a verbalizarem e a pedirem-me aquilo que realmente acham que necessitam. Porque nem sempre nós conseguimos decodificar os sinais...ahh...principalmente a comunicação não verbal de cada utente”* E3. No entanto referem ainda que se elogiam mais as conquistas físicas, porque são visíveis, como identificado num discurso de um participante *“Eu acho que em termos físicos é mais fácil dar esperança. Eu acho que é mais fácil em termos físicos elogiar um doente e ver as suas conquistas, do que em termos intelectuais ou em termos sentimentais”* E5

A Capacitação física e mental, foi referida pelos enfermeiros como uma estratégia promotora da autonomia da pessoa idosa hospitalizada, pois são reconhecidas as suas capacidade e necessidades, ajustando os cuidados de enfermagem ao que foi identificado, como ilustrado nos discursos: *“É muito importante um contacto em que a pessoa perceba que ela tem capacidade de decisão e que nós não vamos chegar ali e fazer o que queremos porque está dependente, mesmo que seja para o bem dela, ela tem de tomar as suas decisões e nós estamos ali para ajudar”* E2, *“ajustar as actividades/cuidados de enfermagem, consoante os cuidados que são precisos para aquela pessoa, às suas verdadeiras necessidades”* E3.

Como verificámos as estratégias relacionais facilitadoras da promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada são a apresentação e a proximidade como forma de conhecermos e estabelecermos uma relação de confiança e segurança com a mesma, a

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

disponibilidade para cuidarmos do outro, a avaliação e diagnóstico da situação, o incentivo/transmissão de esperança, e a capacitação física e mental. Resultados estes confirmados por HESBEEN (2000), pois para este autor a prática de cuidados de enfermagem ocorre dum encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam. Este encontro tem mais possibilidades de produzir um resultado terapêutico quando provém de uma relação rica, aquela que “permite acompanhar e ser acompanhado por alguém em quem se tem uma certa esperança” (HESBEEN, 2000:102). O mesmo autor defende ainda a necessidade de estabelecer um processo de cuidados, e que para ser iniciado os profissionais de saúde são “(...)convidados a dialogar, a reflectir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida que vão intervir” (HESBEEN, 2000:103), o que é constatado também nos discursos dos participantes do estudo. Também MACHADO, *et al*, (2008), corrobora os resultados obtidos, pois segundo este autor as estratégias que os enfermeiros utilizam para promover a parceria com a pessoa idosa para o autocuidado são: conhecer a pessoa idosa, diagnosticar a situação, respeitar o tempo da pessoa, partilhar e validar os conhecimentos com o cliente, negociação; incentivar a autonomia; e promover a esperança.

O humor (como técnica de comunicação) e a boa disposição foram referidos pelos participantes do estudo como estratégias que permitem um primeiro contacto (apresentação) com a pessoa idosa hospitalizada, facilitando assim a comunicação e realização dos cuidados. GUERREIRO (2000), GOMES (2002), MACHADO, *et al*, (2008), defendem que as técnicas de comunicação são facilitadoras no estabelecimento de uma relação em parceria com a pessoa idosa, pois transmitem que o enfermeiro não é detentor de todo o poder de relação, e que o papel do cliente é também valorizado. Permitindo estabelecer assim uma relação de proximidade junto da pessoa idosa, criando uma relação de confiança e um melhor conhecimento da pessoa, o que está de acordo com o defendido por HOOK (2006), GOMES (2002) e MACHADO, *et al*, (2008). “Ter confiança equivale a dizer «creio que este prestador de cuidados pode ajudar-me respeitando quem eu sou»” (HESBEEN, 2000:103), ou seja é olhar-mos a pessoa de quem cuidamos como um ser individual com as suas características próprias tal como refere um participante “*Se realizarmos os cuidados e não houver uma aproximação/proximidade e começarmos a trabalhar com essa pessoa como se ela não existisse, isso é desumano. Mas infelizmente às vezes acontece e não nos apercebemos*” E2.

Segundo HESBEEN (2000) a confiança, não é apenas estabelecida por técnicas de comunicação, mas através da conjugação de oito factores: o calor (interlocutor que não é hostil, tem um sorriso e um olhar adequado); a escuta activa; a disponibilidade (revela uma atenção particular, estar com a pessoa serenamente); a simplicidade; a humildade; a autenticidade; o humor (ajuda a tornar uma situação menos pesada identificando os

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

aspectos positivos de uma dada situação, mesmo que esta seja negativa); e a compaixão. GOMES (2002: 209) a este respeito refere que “ (...) para existir parceria há necessidade de haver uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica à partida o conhecimento do outro, a atenção para com o outro, de modo a pôr em sinergia acções e decisões que possam beneficiar ambos”. Sendo que a competência profissional é alcançada, segundo HOOK (2006), através da introspecção e dos conhecimentos adquiridos, pelo treino e capacitação do profissional - teórica, observação, capacidade de perceber necessidades doente/família, comunicação, relação empática; pelo que o sucesso desta relação de ajuda depende, entre outros factores, da existência de disponibilidade por parte dos profissionais.

A disponibilidade, como referem os participantes, permite assim ao prestador de cuidados mostrar que está ali presente para aquela pessoa, revelando uma atenção com qualidade e particular, escutando-o serenamente, e não de maneira artificial e apressada, permitindo responder às questões e identificar as inquietações, implicando entre outros, gestão do tempo e vontade por parte dos profissionais para estar com aquela pessoa, indo ao encontro de HESBEEN (2000). A disponibilidade também permite aos profissionais respeitarem o tempo das pessoas idosas hospitalizadas, permitindo-lhes ter autonomia, o que muitas vezes, como referem alguns participantes, não é conseguido. Segundo MACHADO, et al, (2008) a disponibilidade é essencial para se evitarem situações que conduzam à diminuição da autonomia do cliente, principalmente e porque o internamento hospitalar é considerado uma experiência stressante que impede ou dificulta a parceria com a pessoa idosa, o que implica uma estruturação do tempo de relação tal como é defendido por GOMES (2002).

A avaliação (física/mental/psicológica) e diagnóstico da situação são essenciais para o estabelecimento de um plano de cuidados. Esta avaliação implica um conhecimento prévio da pessoa idosa, para se diagnosticar as suas verdadeiras necessidades, e assim ir ao encontro dos seus desejos e vontades, implicando uma negociação e partilha de conhecimentos. GOMES (2002) e MACHADO, et al, (2008), corroboram a importância da avaliação, das capacidades e limitações já existentes, e diagnóstico da situação, pois o processo natural do envelhecimento acompanha-se de alterações de ordem física e psicológica que frequentemente predispõe à perda da autonomia da pessoa idosa durante o processo de hospitalização. Constatamos ainda que neste serviço se realizam planos de cuidados, em equipa de saúde multidisciplinar com a presença do doente e do familiar cuidador, revelando uma preocupação pela personalização dos cuidados e pelo respeito da autonomia do doente, e da família como cuidadora e implicada no processo de saúde e doença da pessoa idosa hospitalizada. É ainda realizada semanalmente reunião multidisciplinar às terças-feiras e reunião clínica às quartas-feiras, no horário da manhã. Estas reuniões permitem ter uma visão holística do doente, tentando dar resposta às

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

variadas necessidades que o doente e sua família têm, sendo, se necessário, marcada uma reunião familiar – equipa saúde, doente e sua família. Deste modo há partilha de informação, na tentativa de responder às necessidades encontradas conjuntamente e dando-se poder ao doente/familiar cuidador (caso o doente não esteja capaz de tomar as suas decisões) para fazer as suas próprias escolhas.

Relativamente ao incentivo e à transmissão de esperança, importa focar que se torna muito importante, pois implica acreditar na pessoa e numa visão mais positiva da sua situação. Transmitir esperança é assim uma forma de encorajar a pessoa naquilo que esta consegue fazer, sendo o reforço positivo depositado na pessoa imprescindível. Assim mais uma vez verificamos como é importante o conhecimento da pessoa e a partilha das suas experiências, de forma a irmos de encontro das suas expectativas, tendo em conta a realidade em que se inscreve e a sua situação de saúde/doença e hospitalização. Dar esperança é muito importante, no entanto esta tem de ser realista, para não fomentar falsas perspectivas de vida.

Capacitar física e mentalmente, implica um prévio conhecimento e diagnóstico da situação da pessoa idosa hospitalizada, pois só assim poderá ser traçado um plano de cuidados com objectivos realistas. Este plano de cuidados permitirá que se incentive a autonomia da pessoa, reconhecendo as suas capacidades físicas/mentais e ajustando os cuidados às necessidades encontradas junto da pessoa, ou seja promovendo o *empowerment* da pessoa. Além de que “o enfermeiro não poderá prestar qualquer ajuda e obter resultados se não perguntar ao doente qual o seu problema e escutado a sua resposta” (GOMES, 2002:180). A comunicação (verbal/não verbal) e o diálogo são assim essenciais para o estabelecimento de uma acção negociada. O enfermeiro e a pessoa idosa hospitalizada ao trabalharem e cooperarem juntos diminuem o impacto da hospitalização, nomeadamente nos idosos (GOMES, 2002).

2.3.2 Respeito pela pessoa idosa: experiências de vida, passado, cultura, hábitos de vida

Nesta categoria alguns dos participantes responderam que respeitam, e outros que não respeitavam a pessoa idosa, sendo que a maioria referiu que tentam respeitar/pensam que sim, mas que isso dependia da disponibilidade (temporal, psicológica) que tinham para cada utente idoso, da gestão de cuidados de cada enfermeiro, da capacidade de cada enfermeiro adequar os seus cuidados às necessidades pessoa idosa e do conhecimento que possuem dessas necessidades. O cansaço foi referido como um dos motivos que leva os enfermeiros a não respeitarem a pessoa idosa: *“no momento em que nós estamos eu sinto-me tão cansada que acho que não consigo prestar os cuidados tão individualizados e olhar a*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

... pessoa de uma forma holística, ter um cuidado com as experiências, crenças e valores do doente, às vezes acabo por deixar isso passar. E antes não fazia tanto isso” E5. Tal como na categoria anterior, verificamos como conhecimento das necessidades da pessoa idosa, a capacidade de adequação dos cuidados a essas necessidades, e a disponibilidade são importantes no respeito pelas experiências, passado e hábitos de vida da pessoa idosa hospitalizada. Constatando-se, como o modelo de intervenção em parceria de cuidados de enfermagem permite respeitar a pessoa idosa (aquilo que ela é enquanto um pessoa singular, com características próprias). No entanto, o respeito e os cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa hospitalizada dependem de vários factores, nomeadamente factores facilitadores e factores dificultadores, e que estão inerentes às características da pessoa idosa e do enfermeiro, constrangimentos institucionais e ambiente profissional/hospitalar (Quadro 7). Como factores facilitadores temos: a Identificação do profissional com a pessoa idosa, os valores e cultura do profissional e a sua experiência pessoal e a capacidade de romper com estereótipos e preconceitos associados ao envelhecimento, como ilustrado no discurso: *“ter a capacidade de limpar estereótipos que possam estar associados, tentar olhar para aquela pessoa sem pensar à partida ela possa estar demente, estar surda ou ver mal, ter perde de capacidade, primeiro exercício é este, limpar algum preconceito, algum conceito associado menos positivo ao idoso e depois olhar para aquela pessoa tentar perceber como ela é” E7, E12;* Capacidade de expressão da pessoa idosa, Apoio da família, Feedback da pessoa idosa: *“quando a pessoa nos verbaliza ou nos mostra nas primeiras abordagens realmente o que é que ele gosta ou o que é que ele quer. Quando se torna mais objectiva e nalgumas actividades mostra: «olhe eu gosto assim e assim», eu consigo dentro das minhas capacidades...ambientais, físicas e materiais adequar à sua preferência” E3;* Realização de plano de cuidados, Técnicas de Comunicação do enfermeiro, Método de trabalho por enfermeiro responsável, Ter e mostrar disponibilidade (tempo/mental e psicológica), Negociar com a pessoa idosa (o que requer tempo), Mais enfermeiros (diminuição ratio enfermeiro/utente): *“A verdade é que dizem que o tempo é uma desculpa mas efectivamente na realidade o tempo limita muito os cuidados. Respeitar aquilo que para o doente é importante, implica gestão do tempo, para entendemos o que a pessoa quer, o que pretende, fazendo um plano de cuidados conjunto, e realmente nos contextos de hoje em dia(...) o tempo é muito limitador (...) negociar e entender estes aspectos requer tempo (...). Mas a questão do tempo e a gestão da relação é um bocado subjectivo, pois não se traduzem efectivamente em cuidados, ou seja, não se traduz numa técnica, traduz-se numa relação e por isso nestes contextos...não é contabilizado quase como cuidado” E7.*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Como factores dificultadores desse respeito temos: Não identificação com doente, Evitar o envolvimento com as situações para não sofrer, Dificuldade em questionar pessoas, Dificuldade em estabelecer uma aproximação, Falta de disponibilidade, Não mobilização de todas as fontes de informação disponíveis - *“o evitar ou ter uma tendência para não me envolver, porque também sofro muito com as situações que não tem o melhor desfecho, e assim não conhecer”* E9; Acomodação/passividade da pessoa idosa, Não haver confiança (falta de privacidade), Doentes que não comuniquem - *“Um dos factores é a pessoa não verbalizar/comunicar o que quer, deixar-se completamente ao cuidado do profissional”* E3; Constrangimentos serviço/instituição, Ambiente Hospitalar, Roturas ambientais, Roturas/falta de espaço, Sobrecarga de trabalho, Rotinas, Cansaço - *“Nem sempre conseguirmos questionar as pessoas sobre tudo, tendo em conta a sobrecarga de trabalho. No entanto nem sempre é possível, maioria das vezes, tendo em conta as limitações e as rotinas que implementamos, pelo que é tudo quase tratado por igual, não é bem nem correcto mas é o que acontece”* E17.

A enfermagem evidencia-se pelo cuidar, o que implica respeitar a pessoa na sua individualidade, promovendo nesta a reflexão e a autonomia no seu projecto de vida e saúde. No entanto, neste cuidar estão implícitas as características pessoais do enfermeiro, a sua cultura, a sua história de vida, a sua formação/educação, e de certo modo, as representações sociais que têm acerca do envelhecimento e pessoa idosa. Os factores identificados como facilitadores e dificultadores do respeito pela individualidade da pessoa idosa, corroboram os resultados encontrados por MACHADO, *et al*, (2008), num estudo sobre os cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa para a promoção do autocuidado identificando assim, entre outras: estratégias que a pessoa idosa utiliza para ser parceira no autocuidado (partilhar informação, pedir ajuda, reconhecer as suas limitações, sentir-se seguro, ser autónomo no autocuidado); aspectos facilitadores que a pessoa idosa utiliza para o desenvolvimento da parceria (necessidade de expressar o seu agradecimento; necessidade de partilhar sentimentos e emoções); aspectos facilitadores que os enfermeiros utilizam para o desenvolvimento da parceria (disponibilidade, responder à solicitação do cliente, técnicas de comunicação geradoras de proximidade, prestação de cuidados por enfermeiro de referência); obstáculos da pessoa idosa para o desenvolvimento da parceria (sentimento de insegurança, ser mal interpretada pelos enfermeiros ao partilhar informações, receio de não ser ouvido, atitude passiva).

Verificamos que a identificação entre as histórias de vida/experiências do enfermeiro com as da pessoa idosa, leva a uma maior partilha de sentimentos e sensibilidade para com os problemas/situações identificadas na pessoa idosa; mas quando não existe essa

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

identificação o respeito para com a pessoa idosa, em todas as suas vertentes, pode muitas vezes falhar em alguns aspectos.

A comunicação verbal e não verbal é um factor muito importante, pois permite partilhar desejos, vontades, informações, sentimentos. A pessoa idosa ao partilhar informação com os enfermeiros, ajuda-os na realização de um plano de cuidados personalizado, o que corrobora os resultados encontrados por CARVALHO (2003). Também constatámos, mais uma vez, a importância das técnicas de comunicação no estabelecimento de uma relação de proximidade e na promoção de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa, inferindo os resultados obtidos por GOMES (2002) e HOOK (2006). A partilha de emoções e sentimentos também é fundamental para o processo de cuidados, sendo mesmo essencial para o desenvolvimento da parceria, o que também é constado por GOMES (2002). No entanto o facto de alguns doentes não comunicarem, e não se criarem estratégias para colmatar essa situação pode dificultar o conhecimento da pessoa, pelo que o apoio e recurso à família/familiar cuidador, como possíveis fontes de informação, torna-se muito vantajoso na personalização dos cuidados e na comunicação com a pessoa idosa. A disponibilidade surge assim como um factor facilitador do respeito pela individualidade da pessoa idosa e estabelecimento de uma relação de confiança, pelo que é fundamental para as relações de parceria; a sua ausência dificulta o estabelecimento deste tipo de relação. O ambiente, em que se estruturam as relações de parceria também é muito importante no estabelecimento de uma relação de confiança e sentimento de segurança, como é defendido por HOOK (2006), no entanto como constatamos esse ambiente não é muitas vezes conseguido no contexto do estudo, dificultando as relações estabelecidas. Estes resultados corroboram os encontrados por MACHADO, *et al*, (2008), em que sentimento de insegurança dificulta a relação de parceria.

Tal como no estudo de MACHADO, *et al*, (2008), também foi identificado como aspecto facilitador do respeito pela individualidade da pessoa idosa, a existência de um enfermeiro de referência. “(...) a filosofia de prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável e o método de distribuição do trabalho também se podem constituir como uma forma privilegiada de promover relações de parceria entre enfermeiro e cliente, uma vez que a pessoa tem a oportunidade de constatar a existência de um elemento da equipa de enfermagem que se encontra responsável por ela, sendo uma pessoa que conhece e com quem tem oportunidade de trabalhar conjuntamente, em parceria, no seu processo de reabilitação” (FURLONG, 1995; cit. por MACHADO, *et al*, 2008). Este método de trabalho é utilizado pelos participantes do estudo, sendo referido como facilitador na elaboração de planos de cuidados em conjunto com o doente, família/cuidador, e restante equipa de saúde, tentando respeitar a individualidade da pessoa.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Uma característica que os enfermeiros identificaram na pessoa idosa como dificultadora para o respeito da individualidade da pessoa é a passividade/acomodação da pessoa, em que as pessoas idosas se demitem das suas decisões, expressando que «*o senhor enfermeiro é que sabe*». Esta passividade está relacionada, muitas vezes, com a crença que os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, são quem detém o conhecimento e quem melhor sabe o que deve ser feito, como identificamos na análise dos resultados e corroborando os estudos de CARVALHO (2003), GOMES (2002) e MACHADO, *et al* (2008).

2.3.3 Participação da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem.

Nesta categoria identificámos que havia enfermeiros que sim/tentavam incentivar a participação da pessoa idosa, mas de acordo com disponibilidade do profissional e essencialmente em situações referentes a actividades de vida diária (AVD): outros enfermeiros referiram que não incentivavam a participação da pessoa idosa, e que os cuidados eram realizados como achavam que era melhor para a pessoa idosa. *“podemos incentivar que a pessoa tome o banho sozinha ou se auto-cuide sozinha, ou apenas com algum apoio mas não permitimos muito que isso ocorra na altura que a pessoa quer, sendo um pouco à medida da nossa disponibilidade e do que estabelecemos, não é”* E1.

Relativamente às decisões os enfermeiros participantes referem que o ideal era negociar com a pessoa idosa acerca dos seus cuidados mas que não o fazem, decidindo por ela na maioria dos casos, referindo ainda ser mais fácil deixar a pessoa idosa participar nos cuidados do que decidir acerca dos mesmos. *“Estimulo muito pouco a autonomia. Estimulo mais a pessoa nas mobilizações, nos levantes, que o doente dê passos”* E17, *“não deixo participar tanto nas decisões como nos cuidados de higiene, se calhar é mais na participação de actividades e não na tomada de decisões”* E1.

Surge ainda uma terceira subcategoria Substituição, na qual os enfermeiros mencionaram ser mais fácil substituir do que capacitar, sendo um dos motivos a falta de tempo *“implica ter tempo para fazer este exercício e o que acontece nestes contextos é que o tempo é uma limitação e portanto tendo em conta o tempo, temos tendência a substituir em vez de sermos facilitadores num processo de autonomia”* E7; e outros que acreditam que não substituem a pessoa idosa nas AVD, tentando incentivá-las a não desistir, a valorizá-las como forma de promover a sua independência, sendo importante começar sempre por pequenas coisas, que vão dando incentivo a continuar: *“ajudá-la a fazer, não substituir, por exemplo uma coisa simples a pessoa quer beber água, em vez de dar o copo, é tentar mesmo que ela não tenha grande força ou capacidade, é envolver a mão no copo e com ela ajudar a levar o copo à boca porque assim ela tem algum controlo motor ou tenta estimular*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

esta limitação que tem, são coisas simples mas são algumas das estratégias, há várias, depende das situações e das pessoas” E7.

Como verificamos os resultados, relativamente a esta categoria, mostram que os cuidados de enfermagem podem seguir dois caminhos: uma de privilegiar uma posição de controlo e de dependência no que respeita ao doente, e outra que estabeleça uma relação que promova a parceria. Cuidar, pode-se entender como uma forma de responder às necessidades das pessoas, contudo o pretendido não é que o enfermeiro resolva os problemas da pessoa, mas ajudá-la a encontrar as suas soluções, para que alcance o sentimento de bem-estar e um significado para a sua existência. Isto vem ao encontro de COLLIÈRE (1999:287) ao referir que o cuidar pressupõe “uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprias”, no entanto existe necessidade de capacitar a pessoa para que novamente adquira/mantenha/não perca essa função, sendo a vontade por parte do enfermeiro muito importante se conseguir alcançar este objectivo. O processo de envelhecimento acarreta várias alterações biológicas, psicológicas e sociais nas vidas das pessoas, que poderão trazer certas limitações, as quais não passam despercebidas aos enfermeiros, neste sentido o sustentado é que os enfermeiros estimulem a pessoa no que quer e ainda é capaz de fazer, para que estas assegurem a continuidade da vida. O que é inferido por COSTA (1998) e MONIZ (2003), sendo que este último, refere que só estimulando e capacitando a pessoa idosa, as limitações que vão surgindo tendem a diminuir ou mesmo a desaparecer, ou retardar-lhes o seu aparecimento. A substituição constante da pessoa idosa nas suas AVD, e nas suas decisões, leva a que estas não se sintam valorizadas e que facilmente se entreguem às suas limitações e doença ficando cada vez mais dependentes.

GOMES (2002), tal como nos resultados encontrados, conclui, entre outras, que o enfermeiro quer tornar o doente idoso parceiro dos seus cuidados informando-o, estruturando o seu tempo de relação, estimulando o doente a participar e tendo uma acção de cuidados negociada; e que o enfermeiro tem dificuldade em tornar o doente idoso parceiro não dando informações ao doente e excluindo a sua participação nos cuidados. O enfermeiro ao incentivar o doente a participar promove a melhoria do seu estado de saúde futuro; ao não se incentivar podem ser postos em causa os objectivos da recuperação. Ou seja o enfermeiro deve dar a possibilidade e a capacidade para o outro se desenvolver e ser autónomo e independente na sua vida, ajudando-o em momentos que necessita de mais apoio, e incentivando a sua recuperação. Tal como no estudo de GOMES (2002), também se verificou que o enfermeiro estimula mais a participação do doente nas AVD e a sua autonomia nos cuidados que habitualmente são rotinas no serviço, como o banho, os posicionamentos, a alimentação, e os levantes. Sendo também constatado que a

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

sobrecarga de trabalho (aumento ratio enfermeiro/doente, situações de doença mais complexas com exigência de maior numero de horas de cuidados) e a falta de tempo (pelo excesso de doentes), e o cansaço levam os enfermeiros a não incentivarem tanto a participação da pessoa idosa hospitalizada. A sobrecarga de trabalho é também encontrada no estudo de GOMES (2002) como um motivo que leva à não estimulação da participação nos cuidados da pessoa idosa hospitalizada. Segundo a mesma autora o doente ao ser excluído da acção, ou seja da participação nos cuidados, há uma falta de atenção para com o doente e uma desvalorização das suas necessidades, dando-lhe uma resposta mais fácil, e não mostrando disponibilidade para o ouvir, rotinizando os cuidados que realizam. Aqui os cuidados realizados não são em função do doente, mas em função do trabalho do enfermeiro - não havendo disponibilidade, partilha de conhecimentos/informação e impondo-se os cuidados como uma rotina/tarefa a ser realizada; a existência do doente e toda a sua individualidade é como que apagada, é um corpo a ser cuidado.

Contextualizando a situação do serviço, verificamos que a equipa de enfermagem é uma equipa jovem e com poucos anos de serviço, tendo ocorrido nos últimos dois anos grandes reformulações da mesma (com entrada e saída de vários elementos), havendo no entanto boas relações entre os seus elementos. A equipa médica também sofreu recentemente reformulações (entrada e saída de elementos), sendo ainda reduzido o seu número, aumentando consideravelmente o *ratio* médico-doente. Nas relações multidisciplinares enfermeiro-médico não existe tanta partilha de informação e trabalho conjunto como em anos anteriores, havendo uma maior dificuldade na comunicação entre os elementos mais novos da equipa de enfermagem e com alguns médicos, afectando os cuidados aos doentes. A lotação de doentes no serviço aumentou bastante, sendo ainda significativo o aumento do estado de dependência física/mental e da gravidade das situações clínicas dos doentes. Consequentemente, as equipas tanto de enfermagem como médica, transparecem cansaço e desmotivação, encontrando-se vários projectos de trabalho interrompidos. Esta desmotivação e cansaço patentes na equipa de enfermagem levam a que os cuidados de enfermagem não sejam tão personalizados e que a rotina nos mesmos se instale mais facilmente. Factos que corroboram os encontrados por SILVA, *et al* (2006), ao constatar que a qualidade nos cuidados diminui significativamente, quando estão presentes factores de stress na equipa de enfermagem, que levam ao esgotamento, cansaço e apatia dos profissionais, com consequente desmotivação e insatisfação no trabalho.

Em suma concluímos deste tema que existem várias estratégias relacionais facilitadoras para a promoção da autonomia e que a maioria dos entrevistados tenta respeitar a cultura, experiencias, passado e hábitos de vida, da pessoa idosa hospitalizada. Havendo no entanto factores inerentes à motivação e características do enfermeiro e da pessoa idosa

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

hospitalizada e aos constrangimentos institucionais e ambientais do profissional/serviço hospitalar, que poderão dificultar ou facilitar esse respeito. Quanto à participação das pessoas idosas, verificamos que a maioria dos entrevistados tenta incentivar a participação dos utentes, essencialmente nas AVD, mas não tanto nas decisões, havendo ainda alguns enfermeiros que referem que não estimulam a participação dos utentes realizando os cuidados de acordo com as suas prioridades e disponibilidade. Constatamos ainda que mais facilmente se substitui as pessoas idosas nas suas AVD e decisões do que se capacita, pela falta de tempo e sobrecarga de trabalho. Outros referem que evitam substituir as pessoas idosas, tentando capacitá-las em «pequenas coisas», valorizando-as e promovendo-lhes a autonomia e independência. Destas conclusões ressalta que o processo de parceria implica que os enfermeiros e os serviços proporcionem meios para que a pessoa idosa hospitalizada cuide de si mesma, “(...) transformando-se os enfermeiros em «suportes» quando o doente não pode cuidar de si o que passa necessariamente pelo conhecimento do doente. Assim resulta que não pode não pode haver parceria sem o enfermeiro ir ao encontro do doente, o que implica que o enfermeiro esteja consciente da necessidade de estruturar o tempo de relação com o doente e compreender os efeitos da presença ou ausência junto deste” (GOMES, 2002:183). Numa relação de parceria entre enfermeiro e pessoa idosa hospitalizado, preconiza-se a promoção da autonomia, neste sentido torna-se importante compreender como este conceito é entendido pelos enfermeiros participantes.

2.4 Autonomia da Pessoa Idosa Hospitalizada

A autonomia da pessoa idosa é vista como um processo susceptível de ser potenciado pela presença cuidados de enfermagem adequados, passando pela satisfação de um conjunto de necessidades como a de expressar a sua individualidade, o de assumir o poder sobre si próprio, o de participar nas decisões e o desejo de não separação daqueles que pertencem a sua esfera emocional (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005). Sendo que o direito à autonomia se concretiza, em meio institucional, num pedido de consentimento informado em que se respeita a decisão que o individuo tem relativamente a determinado cuidado/procedimento. Tendo em conta o objecto de estudo deste trabalho, torna-se pois imprescindível compreender o que os enfermeiros entendem por autonomia e consentimento informado, e que factores poderão promover ou dificultar a participação da pessoa na tomada de decisão.

A análise deste tema incidiu sobre a análise dos resultados encontrados para o estímulo Autonomia e Dependência na pessoa idosa, e nas categorias encontradas nas entrevistas.

Perante o estímulo “**Autonomia na pessoa idosa faz-me pensar...**”, os participantes indicaram 78 palavras, das quais 56 (71,8%) são diferentes (ANEXO VII), reagrupadas em categorias como se observa no quadro 5.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Quadro 5 – “Autonomia na pessoa idosa faz-me pensar em...”

Categorias	Subcat.	Palavras	Total Subcat	Total cat.
Implicações Físicas	Positivas	Bons hábitos de vida, estilos de vida saudáveis, saudável, Qualidade de vida, Bons exemplos de vida, saúde (8) AVD (passear, ler, cozinhar, andar, vestir, actividades de vida) (6)	14	24
	Negativas	Incapacidade(4)Independência(3) Bengala(2) Défice (1)	10	
Implicações Mentais		Capacidade de decisão, liberdade (4) Tempo, continuidade (2) Gerir a sua vida/casa (2) Responsabilidade (1)	9	9
Implicações psicológicas		Empenho, esforço, respeito, vontade, desejar, estímulo (6)	6	6
Necessidades sentidas	Apoio	Dificuldades, poucos recursos (5) Ajudar (5) Cuidados/Cuidar (2) Reabilitação,(2)	14	18
	Lazer	Hobbies, Actividades lazer (4)	4	
Sentimentos vividos	Positivos	Alegria, felicidade (2) Prazer, Gostar (2)	4	6
	Negativos	Desvalorizado (1) Não estimulado (1)	2	
Visão sociedade	Positiva	Relação familiar, relação social, Diálogo, Proximidade (4) Vida, vitalidade (3) Sorte (2)Capacidade (3) Desempenhar tarefas, trabalhar (2)	14	16
	Negativa	Dependência (1) Substituir (1)	2	
Total categorias				70

De acordo com o quadro 5 verifica-se que os enfermeiros atribuem ao estímulo autonomia implicações físicas positivas, como os *bons hábitos de vida/estilos de vida saudáveis/qualidade vida/bons exemplos de vida e saúde* (8) e negativas como *incapacidade* (4); implicações mentais, como *capacidade de decisão/liberdade* (4); *Implicações psicológicas*, como *empenho/esforço/respeito/vontade/desejar/estímulo* (6); necessidades sentidas de apoio, como *dificuldades/poucos recursos* (5), *Ajudar* (5), e de lazer (4); sentimentos vividos positivos (4) e negativos (2); e visão da sociedade positiva de *relação familiar/relação social/diálogo/proximidade* (4), e negativa (2). Deste quadro o que ressalta mais são as implicações físicas positivas (14) e negativas (10), as necessidades de apoio sentidas (14) e a visão positiva da sociedade (14) relativamente à autonomia.

Ao ser dado o estímulo “**Dependência na pessoa idosa faz-me pensar...**”, os participantes indicaram 81 palavras, das quais 40 (49,4%) são diferentes (ANEXO VII), sendo categorizadas como se observa no quadro 6. Tendo em conta este quadro verificamos que os enfermeiros associam ao estímulo dependência na pessoa idosa sentimentos provocados por este estado (25), necessidade de apoios físicos/mentais/psicológicos (44), e alterações sociais provocadas pela dependência (12). Os sentimentos que se destacam são os de *solidão* (5), *tristeza* (4), *sofrimento* (4), *revolta* (3) e *inútil/insignificante* (3). Como necessidades destacam-se as palavras *ajuda/apoio/suporte* (9); *incapacidade física/mental* (8), *acamados* (6) e *família* (4).

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Relativamente às alterações sociais destacam-se a *perda de autonomia (capacidade de decisão)* (4) e o *isolamento* (4).

Quadro 6 – “Dependência na pessoa idosa faz-me pensar em...”

Categorias	Palavras	Total cat.
Sentimentos provocados pela situação de dependência	Solidão (5) Tristeza (4) Sofrimento (4) Revolta (3) Inútil, Insignificante (3) Desilusão, decepção (2) Acomodação (1) Sensação de desprezo (1) Adaptação (1) Prisão (1)	25
Necessidade de apoios Físicos/ mentais/ Psicológicos	Ajuda, apoio, suporte (9) Incapacidade física/mental (8) Acamados (6) Família (4) Lares, instituições acolhimento, serviços medicina (3) Doença/doentes (3) Dificuldades (2) Limitações (2) Reabilitação física e mental (promoção capacidade autonomia) (2) Cuidar (1) Enfermeiro (1) Necessidades (1) Depressão (2)	44
Alterações sociais	Perda autonomia (4) Isolamento (3) Afastamento emocional/social (2) Abandono (2) Vertente negativa vida (1)	12
Total categorias		81

As necessidades de apoios físicos/mentais/psicológicos destacam-se com uma percentagem de 54, 3 %, seguindo os sentimentos provocados pela situação de dependência com 30, 9 % e por fim o que foi menos focado são as alterações sociais com uma percentagem de 14,8 %.

Como se constata pela observação dos quadros 5 e 6 a autonomia na pessoa idosa é vista como uma situação que tem implicações físicas, mentais, psicológicas e sociais, expressando-se também em necessidades e sentimentos, sendo encarada essencialmente como algo positivo, já a dependência na pessoa idosa é encarada essencialmente como uma situação onde se vivenciam sentimentos negativos, se experienciam alterações sociais e maiores necessidades de apoio físico/psicológico/ mental, sendo assim associada a uma situação mais negativa, o que também se conclui noutros estudos (SANCHES, 2000). Observamos ainda que os participantes associam em ambos os quadros a dependência à perda da autonomia como uma alteração social. Corroborado por outros trabalhos, como CABETE (1999), ao referir que frequentemente não se distingue a autonomia física da autonomia comportamental, porque a perda da autonomia física (independência) é mais visível e mais facilmente mensurável; havendo uma tendência natural para se falar da perda do “poder fazer” esquecendo-se que o “poder ser” se mantém. A dependência é assim associada, muitas vezes, à perda de autonomia essencialmente porque as pessoas ficam de a necessitar de mais ajuda para a realização das suas AVD, submetendo-se mais às decisões das famílias/profissionais de saúde, afectando todo o seu processo de envelhecimento, o que é corroborado por SANCHES (2000). Há como que uma desvalorização da individualidade e das potencialidades/capacidades da pessoa dependente, recusando-se a assim a sua autonomia. Numa hospitalização existem também

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

situações em que o exercício da autonomia da pessoa idosa pode estar comprometido, nomeadamente em situações que pode haver risco para a saúde a sua saúde, recorrendo-se ao princípio da não maleficência. Assim nos casos de saúde muitas vezes o respeito pelo princípio da autonomia, terá de ser ponderado à luz de outros valores como o de não maleficência e beneficência, como sustentado por RAMOS (2003).

Da análise das entrevistas, relativamente à autonomia da pessoa idosa hospitalizada, surgiram nos discursos dos participantes quatro categorias: Consentimento informado nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada; Promoção da Autonomia da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem; Percepção que os enfermeiros têm acerca da vontade de participação da pessoa idosa hospitalizada; Perda da autonomia; como ilustrado no quadro 8.

2.4.1 Consentimento informado nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada

Constatámos que todos os participantes do estudo deram uma definição do conceito de consentimento informado, referindo, que o mesmo é bastante importante pois ao transmitir informação, permite estabelecer uma relação de confiança, levando assim a uma maior colaboração das pessoas idosas: *“quando não o pedimos isso estraga a relação de confiança que se poderia estabelecer com o doente. A pessoa deixa de ser simpática, pois o enfermeiro chega ali faz o que tem de fazer e vai-se embora”* E5. Quanto ao pedido de consentimento informado alguns enfermeiros referiram que o pediam, no entanto nem sempre o procedimento era o mais correcto, pois: informavam à medida que executavam os cuidados; a privacidade era muito pouca (cortinas e falar mais baixo; pedir para famílias saírem da sala), em que poucas vezes se conseguia (ou levava) as pessoas para um compartimento mais resguardado; as pessoas implicadas seriam o doente, enfermeiro e família se o doente estivesse desorientado, ou assim quisesse; a linguagem é preferencialmente acessível e de acordo com conhecimentos da pessoa; doseiam a informação transmitida mas que por vezes se omitem informações; e a decisão das pessoas idosas muitas vezes não é respeitada. Outros enfermeiros referiram que normalmente não pedem o consentimento informado, pelas rotinas instaladas, pelo hábito, esquecimento e pela dependência e muitas vezes desorientação acrescida das pessoas, referindo ainda que têm menos respeito pelas decisões da pessoa idosa, questionando-a mais relativamente às mesmas, tentando fazê-las mudar de decisão, quando não concordam com a mesma; que muitas vezes se informa mais a família do que ao próprio doente; e que à maioria dos doentes não se pede consentimento, informa-se acerca do que se vai realizar.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Quadro 7 – Autonomia da Pessoa Idosa Hospitalizada

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria
Consentimento informado nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada	Definição	
	Importância	Maior colaboração; Informação; Confiança
	Pedido consentimento	Procedimento (maioria das vezes, vamos informando à medida que vou executando a actividade); Privacidade (é pouca, fechar cortinas, falar mais baixo, pedir outras famílias saírem, ir para um lugar resguardado); Pessoas implicadas (Doente e enfermeiro, família se doente for desorientado ou se assim preferir); Linguagem (acessível, peço que questionem, de acordo com conhecimentos pessoa); Informação (doseada de preferência); Decisão (tentamos respeitar, mas muitas vezes não é respeitada).
	Não é Pedido consentimento	Motivo – Dependência, Desorientação, Rotina, Hábito, Esquecimento. Decisões - Menos respeito pela decisão pessoa idosa, questionando-a; Estratégias para a convencer; Não são questionados; Não se aguarda uma resposta; questiona-se família em vez do doente; Informa-se não se pede consentimento informado.
Promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem	Promoção da autonomia	Envolver a pessoa Idosa nas decisões relativas aos cuidados de enfermagem - Pequenas questões, Informar doente, Deixar pessoa decidir, Nem sempre – peço por defeito, vou tentando. Todas as pessoas mesmo as dependentes fisicamente têm capacidade de decisão Motivo – Respeito; Confiança e segurança → colabora mais; Valorização
	Não Promoção da autonomia	Motivo - Imagem que temos do nosso trabalho; Perde-se mais tempo; Desorientados; Confronto ideias; Rotina; Não reflectir sobre isso; Passividade doente/Não reacção → resposta implícita que sim aceitam sem o dizerem
	Factores que promovem autonomia	Profissionais – Conhecimentos adquiridos; Estabelecer relação empática; Avaliação do doente e estabelecer um plano de cuidados, ter menos doentes e mais tempo para os cuidados.
		Pessoais - Estabelecer uma relação de ajuda com pessoa (empatia, escuta activa); Disponibilidade mental e psicológica; Persistência; Limpar estereótipos; Respeito pela individualidade e decisão da pessoa; Perseverança; Reflexão sobre estas questões.
	Factores que dificultam promoção autonomia	Profissionais - Falta de tempo (timings diferentes); Rotinas; Mudança constante da vontade do doente; Doentes confusos e desorientados; Trabalho em equipa multidisciplinar; Falta de aprovação dos colegas; Desvalorização da enfermagem; Atitude dos profissionais; Prioridades → tarefas do turno; Deficiente comunicação; Insatisfação; Carência enfermeiros.
		Pessoais - Visão da pessoa – como idoso e incapaz; Aceitar a sua decisão; Ser autoritário; Valores e crenças diferentes da do profissional; Desmotivação; Cansaço; Excesso trabalho; Timidez; Dificuldade em criar proximidade; Ser negativa; Impaciência; Comodismo.
Percepção que os Enfermeiros têm acerca da vontade de participação da pessoa idosa hospitalizada	Cuidados	Sim - Doentes querem participar, Não lhes é dada oportunidade; Não - Saturados da sua situação doença
	Decisões	Sim – Valorização, Interesse no seu processo de saúde/doença; Não - Um pouco ao nosso critério → Imagem que têm dos profissionais Ou Imagem que eu tenho do que pensam, Não saberem, Mentalidade mais antiga → Poder médico, Depressão, Negação revolta, Fim de vida.
Perda da autonomia		Hospitalização, Família, Fragilidade

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

“São muito mais frequentes as vezes que não pergunto, e que nem me passou pela cabeça perguntar, eu vou admitir, ou eu não me lembro de ter perguntado muitas vezes se posso picar uma veia” E12; “Numa pessoa idosa questionamos mais o porquê de a pessoa idosa não querer, explicamos ao doente, à família, imensas vezes porque tem de ser feitas como queremos e achamos melhor, e quase sempre tentamos dar a volta ao doente idoso e à sua decisão inicial” E1. Um dos participantes também referiu que actualmente se procura mais pedir o consentimento informado para a realização dos cuidados de enfermagem, e que antigamente não se falava tanto neste assunto (nem nas escolas de enfermagem). Os participantes acrescentam ainda que o pedido do consentimento nos cuidados de enfermagem é apenas realizado oralmente.

Constatámos que os enfermeiros valorizam o pedido de consentimento informado, pois é algo que respeita a individualidade da pessoa idosa, mas que no entanto nem sempre é pedido por questões inerentes à condição da pessoa idosa, e relacionadas com o profissional e a instituição hospitalar. O que é corroborado por MARTINS (2004), ao considerar que a prática do consentimento informado não é isenta de dificuldades, pelos vários aspectos específicos inerentes a cada pessoa, onde interferem factores psicológicos, culturais e biológicos. Sendo que, muitas vezes a ausência do pedido de consentimento informado, prende-se com questões relacionadas com crenças e atitudes que os profissionais de saúde têm para com os idosos, desvalorizando a sua condição de pessoa.

É de referir ainda que a informação ao ser transmitida traz imensos benefícios para as pessoas idosas, que se manifestam numa prevenção, tratamento e recuperação da doença mais eficazes (MARTINS, 2004), melhoria das relações entre familiares (SANCHES, 2000), além de a participação da pessoa nas decisões e cuidados ser fortemente condicionada pela informação fornecida (SANCHEZ, 2001; cit. por MARTINS, 2004). Mas o pedido de consentimento informado é, segundo PINTO e SILVA (2004), muito pouco solicitado durante os cuidados de enfermagem, o que corrobora os resultados encontrados nesta pesquisa. Os mesmos autores referem, que um dos motivos de isso acontecer é o facto de os enfermeiros terem a perspicácia de, durante a realização dos cuidados, detectarem por gestos, expressões, atitudes, se o doente aceita ou não determinado procedimento. No entanto, isto não demite os profissionais de saúde de pedirem o consentimento informado aos seus utentes, pelo que se torna imprescindível que se estimule a promoção da autonomia da pessoa idosa por parte dos profissionais de saúde.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

2.4.2 Promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem

Os entrevistados referem que a promoção da autonomia da pessoa idosa se prende com a valorização e respeito pela individualidade da pessoa, pela relação de confiança e segurança que se estabelece, e pela maior colaboração da pessoa nos cuidados, mesmo nas pessoas idosas dependentes fisicamente, pois isso não invalida a sua autonomia. No entanto, como refere um dos participantes: *“na promoção da autonomia da pessoa acho que peço um pouco por defeito, porque muitas vezes ajo de uma forma mais rotineira”* E9. Outros dos participantes referem que não envolvem a pessoa idosa nas decisões relativas aos seus cuidados por motivos relacionados com a imagem que têm do seu trabalho e das tarefas que têm de ser cumpridas, gestão de tempo, desorientação dos doentes, confronto de ideias/valores, rotina, não reflexão sobre estas questões, passividade doente (resposta implícita – aceitam os cuidados) - *“As pessoas idosas têm mais dificuldade em dizer aquilo que querem e respondem frequentemente «ah faça como entender»”* E1; *“Eu na maioria das vezes decido pelo doente não lhe peço a opinião sequer. Eu não costumo envolver as pessoas idosas nos seus cuidados, eu nem dou oportunidade para isso”* E17; *“fazemos aquela pergunta retórica pode ser, mas é mais um tem que ser. Há algumas decisões por exemplo com a terapêutica eles percebem, mas muitas vezes nem questionamos nem explicamos”* E15.

Nesta categoria os participantes referiram ainda que os factores que promovem a autonomia podem ser em termos profissionais como os conhecimentos adquiridos, a capacidade de estabelecer uma relação empática e de ajuda, a capacidade de avaliação do doente e da sua capacidade de decisão estabelecendo um plano de cuidados em parceria, a diminuição do ratio enfermeiro/doente, o que permite ter mais tempo para os cuidados; e em termos personais referem a disponibilidade mental e psicológica, a persistência, capacidade de limpar estereótipos, respeito pela individualidade e decisão da pessoa idosa, perseverança e a capacidade de reflexão sobre estas questões - *“em termos pessoais, para promover a autonomia da pessoa idosa tenho de ter sobretudo respeito, pois ser idoso não é voltar a ser uma criança”* E2. Relativamente aos factores que dificultam a promoção da autonomia os enfermeiros referiram como factores profissionais a falta de tempo (timings diferentes), as rotinas, a mudança constante da decisão dos doentes, doentes confusos e desorientados, trabalho em equipa multidisciplinar, falta de aprovação dos colegas porque se perde mais tempo, desvalorização da enfermagem, atitude dos profissionais em que as prioridades estabelecidas são as tarefas do que se tem de realizar durante o turno, deficiente comunicação, insatisfação e a carência enfermeiros - *“A falta de tempo, leva tempo estimular a autonomia dos idosos, é difícil quando temos tantos doentes a nosso cargo e*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

temos de ser rápidos” E11; “não é muito fácil, nós aqui promovermos a autonomia das pessoas idosas, porque para já, nós temos muitas rotinas” E1; como factores pessoais referiram a visão que têm da pessoa (como idoso e incapaz), capacidade de aceitar a sua decisão, ser autoritário, valores e crenças diferentes das do profissional, desmotivação e cansaço pelo excesso trabalho, a timidez, ser negativa, impaciência, comodismo: “Isso depende das minhas imagens, dos meus valores, do que é suposto ser. Se o doente agir de acordo com o que é suposto, eu até posso concordar e envolvê-lo mais nas minhas decisões relativas aos cuidados” E17; “em termos pessoais dificulta encarar a pessoa como idosa e incapacitada de fazer tudo o que quer que seja” E8.

Em suma os participantes reconhecem a importância da promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada, como uma forma de a valorizarem enquanto pessoa e respeitarem a sua individualidade, no entanto referem promover poucas vezes essa autonomia. Os factores que estão inerentes a promoção ou não da autonomia da pessoa idosa hospitalizada prendem-se com questões pessoais e profissionais dos enfermeiros nomeadamente e respectivamente: a visão que têm da pessoa idosa, o respeito que têm pela sua individualidade, a comunicação, a disponibilidade, estereótipos da pessoa idosa; rotinas, realização de planos de cuidados, sobrecarga de trabalho (aumento do ratio enfermeiro/doente) o que diminui o tempo efectivo de cuidados a cada utente; entre outros factores. Outros, enfermeiros, referem ainda que a passividade do doente não ajuda na promoção da autonomia da pessoa idosa, como corroborado por MAILLOUX-POIRIER (1995) e segundo a qual, se prende com o paradigma biomédico, ainda muito dominante, às atitudes infantilizadoras dos profissionais, que consideram o idoso como uma criança, por quem devem tomar decisões, retirando-lhe todo e qualquer poder sobre a sua vida. SILVA, SILVA e CARVALHO (2003), concluiu (entre outras) que muitos dos profissionais de saúde consideram que a decisão para os tratamentos ou procedimentos cabe ao profissional de saúde, o que vai contra ao encontrado neste estudo, pois aqui os enfermeiros acreditam que a decisão cabe à pessoa idosa hospitalizada, no entanto muitas vezes não é pedido, por várias razões como foram citadas. Levando-nos a considerar a necessidade de mudança de comportamentos face ao pedido de consentimento informado, e da criação de condições que permitam a sua realização.

2.4.3 Percepção que os enfermeiros têm acerca da vontade de participação da pessoa idosa hospitalizada

Nesta categoria verificamos que em termos de cuidados uns enfermeiros consideram que os doentes querem participar mas que não lhes é dada essa oportunidade; e outros sustentam que os doentes não querem participar pelo facto de estarem cansados da sua situação de

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

vida/saúde/doença: *“Os doentes com um determinado nível de dependência, estão saturados de estar em casa e viverem sozinhos, ao virem para o hospital, acham que é uma obrigação nós lhes fazermos tudo, desistem de si próprios”* E17. Relativamente às decisões os enfermeiros têm a percepção que algumas pessoas idosas hospitalizadas querem participar nas decisões pelo sentimento de valorização e porque estão interessadas no seu processo de saúde/doença, no entanto referem que muitas vezes não decidem porque têm uma imagem dos profissionais de saúde como detentores do conhecimento, ou então porque se encontram deprimidos, em negação, revoltados, ou em situação de fim de vida. *“Em termos das decisões é mais complicado, deixam ao nosso critério. Eu não sei, mas acho que é um bocadinho devido à imagem que têm do profissional que fará tudo ao seu alcance para melhorarem, acho que é um bocadinho mais por aí ou mais a imagem que tenho daquilo que eles acham”* E1.

Verificámos que os participantes acreditam que as pessoas idosas hospitalizadas querem participar nos cuidados e decisões relativas a si, no entanto essa participação não se realiza, muitas vezes, por questões inerentes: ao enfermeiro que não lhes dá oportunidade para participarem nos cuidados; como à própria pessoa idosa hospitalizada que está cansada da sua situação de doença, pela imagem que têm dos profissionais de saúde como detentores do conhecimento, pela revolta, negação, e/ou situação de fim de vida. O que corrobora alguns dos resultados encontrados por ANJOS, LEAL E LEAL (2005), ao referir que existem três factores que podem influenciar participação da pessoa no processo de cuidar em contexto institucional: a percepção que o enfermeiro constrói relativamente à pessoa idosa e as suas capacidades; o estatuto da pessoa idosa; e o nível de dependência/independência da pessoa idosa. Relativamente ao primeiro factor a “concepção que se adopta da pessoa é fruto de um conjunto de experiências com ela vivenciadas” (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005: 16), quanto ao estatuto defende que no seio das instituições o idoso tolera mais as regras e condutas instituídas, sendo mais passivo e alvo de cuidados menos individualizados; quanto ao nível de dependência/independência, pode também influenciar a participação nos cuidados em contexto institucional, “dado que o idoso mais dependente tem menos oportunidade de dar a conhecer alguns elementos da sua vida, para que se possam relacionar com ele enquanto pessoa activa” (ANJOS, LEAL e LEAL, 2005: 18). Também GOMES (2002), no seu estudo, concluiu que o conceito que o enfermeiro tem de pessoa idosa pode facilitar ou dificultar transformá-la em parceira.

2.4.4 Perda da autonomia

Na última categoria, os enfermeiros referem que a hospitalização, a família e a fragilidade da pessoa idosa lhes faz perder a capacidade de decisão. *“Acho que o doente acaba por*

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

perder a sua autonomia estando hospitalizado. Autonomia em termos de pensamento, aquilo que ele acha, na capacidade de decisão, ele perde a sua capacidade de tomar as suas decisões” E5; “Eles têm um pensamento próprio mas não dizem o que pensam, não sei se por estar hospitalizado, dependente da família, ou seja se é uma família que os deixam expressar, ou famílias que escondem as informações aos doentes” E5.

O envelhecimento é um fenómeno natural, no entanto implica fragilidades acrescidas, que se verificam frequentemente nas hospitalizações da pessoa idosa e em as todas situações de doença e alterações de vida a ela inerentes, às quais há necessidade de uma nova adaptação, que muitas vezes não se processa tão rapidamente e facilmente numa idade mais avançada. Algumas situações poderão levar a uma maior dependência e à necessidade de maiores apoios, criando muitas vezes um sentimento de protecção e infantilização da pessoa idosa. A família, muitas vezes, numa situação de fragilização tende a substituir mais o seu familiar idoso, e tirando-lhes muitas vezes a capacidade de decisão e o direito à informação. O aumento da dependência da pessoa idosa aliado às hospitalizações traz repercussões em quem cuida destas pessoas (profissionais e familiares): “tornam-se dependentes da dependência dos idosos, suprimindo as possibilidades de acção do idoso. Trata-se de um fenómeno de dupla dependência” (COSTA, 1998: 72). Estas situações poderão ocorrer pela representação que se tem de uma ajuda obrigatória ao idoso (decorrente da profissão), e pelo aumento do trabalho que decorre da maior dependência dos idosos (COSTA, 1998). BARBOSA e SILVA, (2007), no corrobora os resultados obtidos, referindo que a fragilização da pessoa na posição de paciente desfavorece o exercício da sua autonomia, quando ocorre a visão paternalista de que a equipa de saúde detém o poder e o conhecimento, subestimando assim a capacidade do doente fazer julgamentos com relação a si e à sua saúde. A família como refere SANCHES (2000), também desvaloriza muitas vezes a capacidade de decisão do seu familiar idoso, essencialmente em situações que levam ao aumento da sua dependência.

Em suma verificámos que a autonomia na pessoa idosa é vista como uma situação que tem implicações físicas, mentais, psicológicas e sociais, expressando-se também em necessidades e sentimentos, sendo encarada essencialmente como algo positivo. A dependência na pessoa idosa é encarada essencialmente como uma situação onde se vivenciam sentimentos negativos, se experienciam alterações sociais e maiores necessidades de apoio físico/psicológico/ mental. Os participantes associam ainda a dependência à perda da autonomia, ou seja por a pessoa estar mais dependente perde também um pouco a sua capacidade de decisão.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Relativamente ao consentimento informado constatámos que este é encarado pelos enfermeiros como um instrumento muito importante nos cuidados de enfermagem, pois permite respeitar os doentes no direito à informação e na sua capacidade de decisão, na sua individualidade, criando uma relação de confiança que se traduzirá numa maior colaboração e participação da pessoa idosa hospitalizada, no entanto não é frequentemente pedido, e quando o é, não são respeitados todos os princípios. Constatamos ainda que, existem vários factores pessoais e profissionais que poderão levar ou não os enfermeiros a promoverem a autonomia da pessoa idosa, concluindo-se que a imagem e estereótipos que têm da pessoa idosa poderão condicionar a promoção da autonomia durante os cuidados de enfermagem. Concluímos também que os enfermeiros consideram que as pessoas idosas doentes querem participar nas decisões e nos cuidados, mas que existem motivos inerentes aos profissionais e a si próprios que os impedem. Por fim constatamos que os enfermeiros associam a perda da autonomia de algumas pessoas idosas relacionadas com a sua fragilidade, com a hospitalização e com a família que oprime a decisão do doente.

Conclusão

A finalidade central deste trabalho de investigação foi a de analisar o modo como as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento influenciam os cuidados de enfermagem na promoção da autonomia do idoso hospitalizado. Assim, traçámos como objectivos para a sua condução: Identificar as percepções, as experiências, as atitudes, e as imagens que os enfermeiros, de um serviço de medicina em contexto hospitalar, possuem face ao envelhecimento, pessoa idosa e à autonomia da pessoa idosa; conhecer de que modo é mobilizado o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem no sentido de promover a autonomia do idoso hospitalizado; identificar os factores que facilitam a promoção da autonomia do idoso doente hospitalizado na relação de cuidados de enfermagem e identificar os factores que dificultam a autonomia do idoso doente hospitalizado na relação de cuidados de enfermagem. Estes objectivos tinham subjacentes as seguintes questões: Será que as representações da pessoa idosa hospitalizada interferem nos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que concerne à promoção da sua autonomia? Será que ao se considerar o idoso uma pessoa frágil, automaticamente se assume as suas responsabilidades, as suas funções e as suas decisões? Será mais fácil cuidar do idoso sem pedir consentimento? De modo a aprofundar estas problemáticas, identificámos e caracterizámos alguns conceitos teóricos que consideramos pertinentes, dos quais destacamos o fenómeno de envelhecimento e pessoa idosa, o cuidar, os cuidados de enfermagem, o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem, a autonomia, e a representação social.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

O envelhecimento no mundo e em Portugal tem aumentado consideravelmente, a par das várias alterações sociais nas estruturas familiares. As situações de incapacidade e doença crónica com o envelhecimento tendem para uma menor recuperação, podendo levar a situações de maior dependência, requerendo a médio/longo prazo um maior suporte familiar, social e de saúde. Existindo, alguns estudos (CABETE, 2005; SANCHEZ, 2000) que demonstraram que a individualidade da pessoa idosa mais dependente, e a sua capacidade de decisão relativamente aos seus cuidados e processo de saúde/doença, não é tida em conta. Neste sentido é importante mudarmos a perspectiva do cuidar, tendo em conta a individualidade da pessoa idosa, personalizando os cuidados. Preconizando-se assim, cuidados de enfermagem assentes num modelo de trabalho em parceria que promova a autonomia dos idosos, como sustentado por GOMES (2002), pois a sua ausência traz frequentemente consequências aos níveis sociais, psicológicos e físicos dos idosos. Cuidar implica então respeitar a pessoa em todas as suas vertentes, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, no seu projecto de vida e saúde (WATSON, 1985). Existem vários factores, como as representações sociais acerca do envelhecimento, que poderão influenciar as atitudes sociais relativamente às pessoa idosas, às quais os enfermeiros não estão alheios, comprometendo as relações que se estabelecem, os cuidados em parceria e a promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

O trabalho empírico que desenvolvemos teve, assim, em conta os conceitos teóricos abordados e aprofundados, optando-se por uma metodologia qualitativa, com recurso à técnica projectiva de ideias e à entrevista, de modo a aceder à riqueza das experiências dos sujeitos, permitindo-nos a compreensão da problemática em estudo, no seu contexto.

A análise dos dados permitiu-nos concluir que a escolha de um serviço para iniciar uma carreira, ou mantê-la, depende da interacção de múltiplos factores. Tendo em conta o objecto do estudo, era-nos importante perceber que factores estariam na base dessa escolha e qual o papel da pessoa idosa nessa decisão. Emergiu que as principais motivações dos participantes para a escolha de um serviço de medicina foram: a formação académica, pelos estágios aí realizados e o contacto com a pessoa idosa, a formação profissional, por advogarem que um serviço de medicina, lhes permitiria, pela aquisição de novas experiências, pela reflexão na acção, um maior desenvolvimento pessoal e profissional; a experiência pessoal, onde focaram as vivências com os avós como determinantes para o gosto que desenvolveram pela pessoa idosa e fundamentais no processo de escolha da formação académica e desenvolvimento profissional; e escolhidos pelo mercado de trabalho, em que a escolha não decorreu das opções dos enfermeiros mas das necessidades institucionais e da conjuntura actual do aumento do desemprego dos enfermeiros. Foi-nos ainda permitido concluir a grande valorização que estes enfermeiros

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

dão às oportunidades que um serviço de medicina dá em termos de experiências e de desenvolvimento em termos pessoais e profissionais.

O conhecimento dos motivos que levaram os enfermeiros a trabalhar num serviço de medicina, onde maioritariamente a população é idosa, ajudou a compreender a relação com o empenho na promoção da autonomia da pessoa idosa, pelo gosto e motivação que têm em trabalhar com a mesma.

A identificação das representações sociais que estes enfermeiros têm acerca da pessoa idosa e do envelhecimento permitiu explicitar a influência das mesmas, nos cuidados de enfermagem realizam junto desta população. Assim, da análise dos resultados, tanto da associação livre de palavras, como das entrevistas, constatámos que existem muitas formas dos enfermeiros percepcionarem o envelhecimento e a pessoa idosa, sendo a visão negativa a mais evidenciada por estes, e com tendência a intensificar-se, desde que começaram a trabalhar. Associada a esta visão negativa estão as situações de dependência/incapacidade/limitação/perda de força, doença, solidão, isolamento, necessidades, tristeza, peso na sociedade/problemas/dificuldades, cuidados. A visão positiva está associada às características de experiências/maturidade/sabedoria, às vivências familiares (com os avós) e relações sociais com a pessoa idosa saudável. Daqui se conclui que a visão da pessoa idosa e do envelhecimento, foi-se alterando ao longo das vivências e experiências dos enfermeiros. Constatando-se que as representações sociais, destes enfermeiros, acerca da pessoa idosa e do envelhecimento não são estáticas, modificando-se ao longo do tempo pelas várias influências externas (familiares, sociais, profissionais) e internas (reflexão e capacidade crítica), que vão sofrendo.

Relativamente à distinção de bom doente e doente difícil idoso, os enfermeiros associaram ao bom doente idoso, aquele com o qual contactam diariamente na sociedade, e que no fundo se identifica com os seus avós (visão positiva). Ao doente difícil idoso associaram à imagem negativa que foram construindo, desde que iniciaram a sua carreira enquanto enfermeiros numa medicina. Outros ainda referiram que não existem nem bons doentes nem doentes difíceis idosos, mas sim pessoas com características próprias, revelando uma visão holística da pessoa idosa, valorizando a sua individualidade, o que é corroborado por alguns dos resultados encontrados por COSTA (1998).

Quanto à visão dos enfermeiros acerca da pessoa idosa e da pessoa jovem verificámos que existem diferenças e que, muitas vezes, se manifestam nos cuidados essencialmente ao nível do carinho demonstrado, do tipo de linguagem utilizado e do respeito pela autonomia da pessoa, sendo os motivos encontrados a fragilidade das pessoas idosas, as diferenças na aquisição de conhecimentos científicos/escolaridade, a capacidade de adaptação e

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

resolução de problemas, a proximidade de idades, e a exigência reivindicada. Vários enfermeiros referiram que a pessoa idosa não é tão respeitada como a jovem, sendo desvalorizadas as suas capacidades físicas, mentais e psicológicas, nomeadamente a sua autonomia, corroborando os resultados encontrados por GOMES (2002). Esta autora constatou que as atitudes dos enfermeiros, para como as pessoas mais novas (com quem se identificam) são diferentes das que têm com as pessoas mais velhas, pois estas últimas submetem-se mais facilmente. Outros autores, referem que a forma como o profissional cuida da pessoa idosa está directamente relacionada com a percepção que têm do envelhecimento e da pessoa idosa (COSTA, 1998; LEITE, 2005), sendo que as consequências para os cuidados de enfermagem surgem de acordo com a imagem positiva ou negativa têm desta população (COSTA, 1998; DURHAM, 1989; GOMES, 2002). Neste sentido, propusemo-nos compreender de que forma, estes enfermeiros, mobilizam o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem na promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

Como estratégias facilitadoras da promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada, os participantes do estudo referira: a apresentação e a proximidade como forma de compreenderem a individualidade da pessoa e estabelecerem uma relação de confiança e segurança com a mesma; a disponibilidade (atenção centrada na pessoa) para cuidar do outro; a avaliação e diagnóstico da situação; o incentivo/ transmissão de esperança (acreditar na pessoa e nas suas capacidades e encorajá-las a mantê-las ou recuperá-las); e a capacitação física e mental (promovendo a autonomia, através de uma acção negociada). Estes resultados são corroborados nos estudos de MACHADO, *et al*, (2008), GOMES, (2002), HESBEEN (2000) e HOOK (2006), quando referem que o estabelecimento de uma relação, e de um processo de cuidados baseado na comunicação e na negociação é a base para cuidarmos com qualidade, para a recuperação e sucesso terapêutico.

Cuidar da pessoa idosa implica respeitar a sua individualidade e as suas experiências de vida, passado cultura e hábitos de vida. Dos resultados encontrados os participantes referiram que na maioria das vezes tentam respeitar a pessoa idosa, havendo, no entanto, factores inerentes à motivação, características do enfermeiro e da pessoa idosa hospitalizada, e aos constrangimentos institucionais e ambientais do profissional/serviço hospitalar, que poderão dificultar ou facilitar o respeito pela pessoa idosa hospitalizada.

Assim, quanto à participação das pessoas idosas, concluímos que a maioria dos enfermeiros entrevistados a incentiva, essencialmente nas AVD, mas não tanto nas decisões, existindo ainda alguns enfermeiros que referem estimular a participação (em termos de cuidados e decisões) dos idosos realizando os cuidados de acordo com a sua

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

disponibilidade e prioridades, corroborando os resultados encontrados por GOMES (2002). Dos discursos ressaltou, ainda, que frequentemente se substitui as pessoas idosas nas AVD e decisões, pela falta de tempo e porque se torna mais fácil substituir do que capacitar. Outros enfermeiros referem que evitam substituir as pessoas idosas, tentando capacitá-las em «pequenas coisas», valorizando-as e promovendo-lhes a autonomia e independência. O cuidar pode implicar por momentos uma certa substituição da pessoa em determinadas AVD limitadas, no entanto há necessidade de estimular a pessoa para que recupere/mantenha/ou adquira novamente capacidade para realizar a sua vida o mais autónoma e independentemente possível.

Relativamente à autonomia da pessoa idosa constatámos que os enfermeiros a percebem como uma situação que tem implicações físicas, mentais, psicológicas e sociais, expressando-se também em necessidades e sentimentos, sendo encarada essencialmente como algo positivo; a dependência na pessoa idosa é encarada essencialmente como uma situação onde se vivenciam sentimentos negativos, se experienciam alterações sociais e maiores necessidades de apoio físico/psicológico/ mental, sendo associada a uma situação mais negativa. Tal como noutros estudos (SANCHES, 2000), verificámos que a dependência é associada à perda da autonomia da pessoa idosa; estando ainda mais evidente numa situação de hospitalização e maior fragilidade da pessoa idosa doente.

Relativamente ao consentimento informado, os enfermeiros participantes descrevem-no como um instrumento muito importante nos cuidados de enfermagem, pois respeita o direito à informação e a capacidade de decisão da pessoa idosa, criando uma relação de confiança que se traduzirá numa maior colaboração e participação da mesma. No entanto, verificámos que o consentimento informado não é pedido frequentemente por várias questões, inerentes ao enfermeiro e situação da pessoa idosa, confirmando os resultados obtidos por PINTO e SILVA (2004); quando é pedido, não é realizado da forma mais correcta, falhando frequentemente algumas informações e a privacidade necessárias.

No que concerne à autonomia da pessoa idosa hospitalizada concluímos que existem vários factores pessoais e profissionais (condicionantes institucionais) que poderão levar ou não os enfermeiros a promovê-la, ressaltando a visão positiva ou negativa que têm da pessoa idosa, no que se refere, ao respeito que têm pela sua individualidade, à comunicação, à disponibilidade, estereótipos da pessoa idosa; rotinas, realização de planos de cuidados, sobrecarga de trabalho (aumento do ratio enfermeiro/doente) que diminui o tempo efectivo de cuidados a cada utente e; à passividade do doente; entre outros factores. O respeito pela autonomia da pessoa idosa e a prática do consentimento informado, como refere MARTINS

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

(2004), não é isenta de dificuldades, pelos vários aspectos específicos inerentes a cada pessoa, onde interferem factores psicológicos, culturais e biológicos. O que constatámos, neste estudo, é que a ausência do pedido de consentimento informado prende-se, muitas vezes, com questões relacionadas com as representações sociais acerca da pessoa idosa e do envelhecimento, com a sobrecarga de trabalho e rotinas instaladas, desvalorizando-se a condição de pessoa. Pelo que consideramos premente a reflexão sobre o respeito nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada.

Relativamente à percepção que os enfermeiros têm acerca da participação da pessoa idosa hospitalizada em termos dos cuidados e das decisões, os participantes no estudo reconheceram que a pessoa idosa doente quer participar em ambos os casos mas que existem motivos que os demitem dessa participação, nomeadamente inerentes: ao enfermeiro - que não lhes dá oportunidade para participarem nos cuidados; como à própria pessoa idosa hospitalizada - que se encontra cansada da sua situação de doença, pela imagem que têm dos profissionais de saúde como detentores do conhecimento, pela revolta, negação, e/ou situação de fim de vida. Por fim, verificou-se que os enfermeiros associam a perda da autonomia de algumas pessoas idosas à sua fragilidade e situação de hospitalização, resultados que vão ao encontro dos encontrados nos estudos de BARBOSA e SILVA (2007) e também nos de SANCHES (2000), em que percebeu que é a família que oprime a decisão do doente, corroborando os resultados.

Acrescenta-se ainda as referências à sobrecarga de trabalho (aumento ratio enfermeiro/doente, situações de doença mais complexas com exigência de maior numero de horas de cuidados), à falta de tempo (pelo excesso de doentes) e, o cansaço, como factores que levam os enfermeiros a não incentivarem a participação da pessoa idosa hospitalizada nos seus cuidados e nas suas decisões. Estes factores levam a uma maior rotinização dos cuidados, e realização dos mesmos em função das prioridades estabelecidas pelos enfermeiros, com ausência de personalização dos cuidados, e com consequente desrespeito pela autonomia da pessoa idosa, corroborando os resultados de GOMES (2002).

Do que foi explicitado concluímos que as representações sociais negativas acerca do envelhecimento condicionam os cuidados de enfermagem na promoção da participação da pessoa idosa nos cuidados e nas decisões relativas a si; que os cuidados realizados em parceria, influenciados por uma visão positiva da pessoa idosa, valorizam a sua individualidade e toda a sua história de vida fomentando a sua autonomia. Cada pessoa é um ser único, e quanto mais envelhecemos mais diferentes nos tornamos uns dos outros, por todas as experiências de vida acumuladas, pelo que os profissionais de saúde ao

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

cuidarem desta população necessitam de a conhecer. Este conhecimento permitirá uma aproximação e uma partilha de informações que levarão à construção de um plano de cuidados em parceria, sendo todas as acções e cuidados estabelecidos negociados. Deste modo há necessidade dos enfermeiros romperem com as imagens estereotipadas e preconceituosas, associadas ao envelhecimento e pessoa idosa, de forma a realizarem cuidados mais adequados que promovam a autonomia e a independência da pessoa idosa, permitindo uma recuperação mais eficaz da sua situação clínica, e um regresso a casa com melhor qualidade de vida.

Torna-se ainda premente, reflectirmos que os idosos de amanhã serão as pessoas que hoje cuidam das pessoas idosas, será que estaremos preparados para sermos desvalorizados enquanto pessoas, nos nossos direitos e na nossa história de vida. Assim com este estudo pensamos poder contribuir para um olhar diferente sobre a pessoa idosa e o envelhecimento, permitindo respeitar a sua individualidade e autonomia; aumentar os conhecimentos sobre a forma como os enfermeiros mobilizam o modelo de intervenção de cuidados em parceria na promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada; e mostrar a importância dos cuidados em parceria e da autonomia da pessoa para a evolução positiva de uma situação de doença e hospitalização. Reconhece-se assim a importância da autonomia da pessoa idosa e dos cuidados individualizados à mesma.

Este trabalho, ainda que limitado e contextualizado no tempo e no espaço, dá importantes contributos para compreender como as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento influenciam a promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. O que implica uma outra forma de olharmos a pessoa idosa que cuidamos na prática dos cuidados de enfermagem, de ver a forma como a formação e desenvolvimento da profissão de enfermagem desenvolvem estas questões, que têm implicações na qualidade de vida das pessoas idosas hospitalizadas.

Sugerimos assim que os enfermeiros repensem o olhar que têm sobre o envelhecimento e a pessoa idosa e que se desenvolvam formações em serviço que, se reflectam nos planos de cuidados realizados com esta população. As implicações para pessoas idosas hospitalizadas serão o acesso a cuidados de enfermagem centrados nas suas verdadeiras necessidades, devolvendo-lhes a sua capacidade de autonomia e responsabilizando-as pelo seu processo de saúde/doença, levando a uma evolução mais positiva da sua situação clínica. Sugere-se ainda a adopção do modelo de intervenção em parceria centrada na pessoa idosa e a prática do consentimento informado.

Como em todos os estudos, e dada a natureza do estudo este apresenta algumas limitações, relacionados com: a inexperiência no uso da técnica da entrevista, a

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

subjectividade do objecto de estudo; alguns dos factores implicados; e com participação completa do entrevistador; sendo adoptadas algumas estratégias que diminuam o impacto destas limitações.

Após a elaboração deste estudo de investigação pensamos que seria interessante dar continuidade ao mesmo, e desta forma poderíamos: colmatar algumas lacunas e limitações que fomos detectando; abordar enfermeiros de outros serviços de internamento, podendo-se posteriormente estender o estudo à comunidade (centros de saúde/apoio domiciliário). Seria ainda interessante relacionar os comportamentos/attitudes e as representações sociais dos enfermeiros acerca da pessoa idosa e envelhecimento, avaliando até que ponto os comportamentos e as attitudes dos enfermeiros reflectem as suas representações sociais acerca destes fenómenos.

Referências Bibliográficas

- ABRIC, Jean-Claude - **Pratiques sociales, représentations sociales**. In ABRIC, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF, 1994. pp. 217-238. ISBN 2-13-047895-5
- ABRIC, Jean-Claude. – **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès. 2003. pp. 295. ISBN: 2-7492-0123-3.
- ALMEIDA, J. F. e PINTO, J. M. – **A Investigação nas ciências Sociais**. Lisboa: Editorial Presença. 1990. pp. 163. ISBN: 972-23-1231-6
- ALMEIDA, M. L. F. – *Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano*. **Referência**. ISSN: 0874-0283 N.º 3, (1999). pp. 7-14.
- ANDRADE, M. A. - **A identidade como representação e a representação da identidade**. In MOREIRA, A. & OLIVEIRA, D. (Eds.). *Estudos interdisciplinares da representação social*. Goiana: AB Editora, 1998. pp. 141-149.
- ANJOS, F.; LEAL, I. e LEAL, J. – *Cuidar em enfermagem – A pessoa idosa institucionalizada*. **Nursing**, Edição Portuguesa, Revista de formação contínua em enfermagem. N.º205 (2005). pp. 12-19.
- ARAÚJO, L.; et al. – *O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais*. Universidade Federal de Pernambuco: **Psicologia & Sociedade**. ISSN: 0102-7182. V.18, N.º2. (2006).
- BALTES, M. e SILVERBERG, S. – **A Dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida**. In NERI, L. (org) - *Psicologia do Envelhecimento: Tópicos seleccionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papyrus, 1995.
- BARBOSA, I. e SILVA, M. – *Cuidado Humanizado de Enfermagem: o agir com respeito num hospital universitário*. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN: 0034-7167. V. 60, n.º5. (2007). pp.546-551..
- BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p. ISBN: 978-972-44-1506-2
- BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo**. Persona: Ed. 70. 1977. 225p.
- BARRETO J. – *Aspectos psicologicos do envelhecimento*. **Psicologia**. Lisboa. V. VI, n.º 2. (1988) pp.159-170.
- BEAUD, Jean-Pierre - **A amostragem**. In Benoît, Gauthier (Dir.) - *Investigação Social – Da problemática à colheita de dados*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. pp. 201-232. ISBN 978-972-8383-55-8.
- BERGER, L. - **Atitudes, Mitos e Estereótipos**. In Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (Eds.) - *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta. 1995. pp. 63-71. ISBN: 972-95399-8-7.
- BERGER, L. e MAILLOUX-POIRIER – **Pessoas idosas - uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta. 1995. ISBN: 972-95399-8-7.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - **Investigação qualitativa em investigação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora. 1994. ISBN: 972-0-34112-2

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

- BOTELHO, M. A. – **Avaliação da autonomia funcional em idosos**. In PINTO, Ana Bela Mota (coord.) – *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto, 2001. 164p. ISBN: 972-8535-86-4.
- CABETE, D. – *O impacto do internamento no Idoso – Parte I de II*, **Nursing**, n.º136(1999a). pp.33-37.
- CABETE, D. G. – **O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas**. Loures: Lusociência. 2005. 175p. ISBN: 972-8383-89-04.
- CABETE, D. G. - **O Impacto do Internamento Hospitalar, no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa**. Lisboa. 2001. Dissertação da Tese de Mestrado em Psicologia Aplicada, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA.
- CABETE, D.– *O impacto do internamento no Idoso – Parte II de II*. **Nursing**, n.º137(1999b). pp.24-30.
- CARAPINHEIRO, G. - **Saberes e Poderes no Hospital, Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. Lisboa: Edições Afrontamento, 1993.
- CARRILHO, M. J. e PATRÍCIO, L. - *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. **Revista de Estudos Demográficos**. Lisboa, ISSN 1645-5657. n.º46 (2009).
- CARVALHO, L. M. M. N. C. – **A Representação Social da Doença em Meio Rural e em Meio Urbano**. Évora: Acessível na Faculdade de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa, Portugal. 2000. Tese de Mestrado em Ecologia Humana
- CARVALHO, M. R. S. – **A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: a sua perspectiva**. Lisboa: Universidade Aberta. 2003. Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- CHALIFOUR, J. - **La relations d'aider**. Paris : Les Éditions de L'Homme. 1993.
- CLONINGER, S. – **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Martins Fontes. 1999. 625p.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.
- COMISSÃO INDEPENDENTE POPULAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA – **Cuidar o Futuro**. Lisboa: Trinova Editora. 1998.
- COSTA, A. – **Cuidados de enfermagem aos idosos – Percursos de formação e de investigação**. in PAUL, C. e FONSECA, A. (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005. pp. 255-278.
- COSTA, A. - **Enfermeiros - Dos percursos da formação à produção de Cuidados**. Lisboa: Fim de Século – Saúde. 1998. 159p. ISBN: 972-754-125-9.
- COSTA, M. Arminda - **Cuidar Idosos – Formação, práticas e competências**. Lisboa: Formassau, 2002.
- COUCEIRO, M.L. - **Autoformação e conformação no feminino: Abordagem existencial através das histórias de vida**. Lisboa: Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para a obtenção do grau de Doutor em Ciências de Educação. 2000.
- COUCEIRO, M.L. - *Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores*. **Revista de educação**. Departamento de Educação da F.C. da UL. Vol. VII, N.º 2. (1998). pp.53-61.
- CUMMING, E. e HENRY, W. E. - **Growing old: The process of disengagement**. New York: Basic Books, Inc. 1961.
- DE LA CUESTA, C. - **Programa de Acção Investigação Saúde - Como orientar trabalhos**, realizado na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, nos dias 13-15 de Novembro 2002.
- DECRETO-LEI N.º 104/98 (1998): *Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Integra o Código deontológico*, **Diário da República**, 1ª Série A, (93), 21, Abril, pp. 1739-1757.
- DINIS, R. P. A. B. – **A Família do Idoso: o parceria esquecido? Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família, perspectiva dos enfermeiros**. Lisboa: Universidade Aberta, 2006. Dissertação para mestrado.
- DOMINICÉ, P. – *La formation Expérientielle: un concept importé por penser la formation*. **La Formation Expérientielle des Adultes**. Paris: La Docum. Française. (1991). pp.53-58.
- DOMINICÉ, P. – **O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais**. In NÓVOA, A. e FINGER, M. – *O método de (auto)biográfico e a formação*. (Cadernos de formação, n.º 1). Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS. 1998.
- DUARTE, S. C. – **Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico?** Coimbra: Quarteto Editora, 2002. 130p. ISBN: 972- 8717-19- 9..
- DURHAM, J. – **Aspectos Psicosociales del cuidado de los ancianos**, in CARROLL M. e BRUE, L.J. – *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*. Barcelona: Doyama. 1989. 125-144pp. ISBN: 84-7592-265-1.
- ERIKSON, E.- **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1968.
- ERIKSON, E.H. – **Infância e Sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

- ERMIDA, J.G. – **O idoso, a doença e o hospital**. In COSTA, M.A. et al – *O idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau. 1999. pp.41-50.
- FARINATTI, P. T. V. - *Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico*. **Revista Brasileira Medicina Esporte**. ISSN 1517-8692. Vol. 8, Nº 4 – Jul/Ago (2002). pp. 129-138.
- FERNADES, A. A. – **Velhice e Sociedade**, Oeiras: Celta Editores, 1997. ISBN:972-8027-83-4.
- FERNANDES, A. A. - *Determinantes da mortalidade e da longevidade*, **Análise Social**. ISSN 0003-2573 V. XLII, N.º 183 (2007). pp.419-443.
- FERNANDES, A. A. – *Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social- Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. **Sociologia, Problemas e Práticas**. ISSN 0873-6529 N.º 36 (2001) pp.39-52.
- FERNANDES, A. A. e BOTELHO A. – *Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio*. **Fórum Sociológico**, n.º 17 (2007). pp. 11-16
- FIGUEIREDO, D. – **Cuidados Familiares ao Idoso Dependente**. Lisboa, Cadernos Climepsi da Saúde, 2007. ISBN: 978-972-796-276-1
- FONSECA, A. – **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. 242p. ISBN: 972-796-156-8.
- FRIES, J.F. - *Aging natural death, and the ompression of morbidity*. **The New England Journal of Medicine**. N.º 303 (1998). pp.130-135.
- GALLANT, M. H.; BEAULIEU, M. C.e CARNEVALE, F. A. – *Partnership: on analysis of the concept within the nurse-client relationship*. In: **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. Vol. 40, nº 2. (2002). Pp.149-157
- GARCIA, L.M.A. – *Dependência em Idosos*. In **Nursing** Sacavém. ISSN: 0871-6196. Ano 7, N.º 78/79 (1994). pp. 8-11.
- GIL, A. P. – *Envelhecimento activo: complementaridades e contradições*. **Fórum Sociológico**. ISBN 0872-8380. n.º 17, (2007b). pp. 25-36.
- GIL, A. P. M. – **Heróis do Quotidiano – Dinâmicas familiares na dependência**. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento em Sociologia. 2007a. 423 p.
- GILLON, R. – *Autonomy and the Principle of respect for autonomy*. **Br. Med J**. V. 290, N.º 12 (1995) pp.1806-1080.
- GLEITMAN, H. – **Psicologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1999. 1253p. ISBN: 972-31-0817-8.
- GOMES, I. – **O Conceito de Parceria no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso. “O Erro de Narciso”**. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa. 2002. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. 221p.
- Gomes, I. (coord.) [et al] – **Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. 2007 pp. 21-152. ISBN 978-972-8485-86-3.
- GOMES, I. D. – **Cuidado de Si a Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. 2009. Tese de doutoramento.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. e PONTES, M. – *As representações sociais e a experiencia da doença*. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Publica**, ISSN 0102-311X. V. 18, N.º5 (2002), pp. 1207-1214.
- GUERREIRO, H. J. - **A utilização do humor nos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta. 2000 Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Comunicação em Saúde.
- HAVIGHURST, R. J. e ALBRECHT, R. - *Older people*. New York: Longmans Green. 1953.
- HESBEEN, W. – **Cuidar Neste Mundo – Contribuir para um universo melhor**. Loures: Lusociência, 2004. 292p. ISBN: 972-8383-71-1.
- HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital- Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência. 2000. 201p. ISBN: 972-8383-11-8.
- HESBEEN, W. – **Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusodidacta. 2001. 230p. ISBN: 978-972-8383-20-6
- HONORÉ, B. - **Saúde em Projecto**. Loures, Lusociência, 2002, 231p. ISBN:972-8383-31-2.
- HOOK, M. L. – *Partnering with patients – a concept ready for action*. In: **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. V.56, nº 2. (Outubro 2006).
- IMAGINÁRIO, C. - **O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal**. Coimbra: Formassau. 2004. 242p. ISBN: 972-8485-38-7.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

- **INE – ACTUALIDADES do INE- O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas.** Lisboa, 2002 [Consultado em 1/09/2009]. Disponível na internet em URL: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- **INE – População residente que tem ou já teve doença crónica, por tipo de doença crónica, sexo, e grupo etário. NUTS I, 2005/2006. Portugal.** Instituto Nacional de Estatística. [Consultado em 1/08/2010]. Disponível na internet em URL: www.inec.pt
- **INE, I.P. - Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios, 2009.** Lisboa, 2010. [Consultado em 1/09/2010]. Disponível na internet em URL: www.inec.pt
- **INE, I.P. - Estimativas provisórias de população residente 2008, Portugal, NUTS I, NUTS II, NUTS III, Municípios e Distritos.** Lisboa, 2009. [Consultado em 1/09/2010]. Disponível na internet em URL: www.inec.pt
- **KANT, I. – Fundamentação metafísica dos costumes.** Lisboa: Edições 70, 2008. ISBN: 978-972-44-1439-3.
- **KRAMER, M. – The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. Acta Psychiatrica Scandinavica, n.º 62 (suppl, 283) (1980). pp. 382-397.**
- **LAGE, I. – Cuidados familiares a Idosos, in PAUL, C. e FONSECA, A. (coord.), Envelhecer em Portugal.** Lisboa: Climepsi, 2005. pp. 203-229. ISBN: 972-796-185-1
- **LEITE, MT – A velhice pessoal no imaginário dos estudantes de enfermagem. Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento.** Porto Alegre. ISSN: 1517-2473. V.8 (2005). pp.115-124.
- **MACHADO, et al, - Caminhando lado a lado – Os cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa, para a promoção do autocuidado. Revista Portuguesa de Enfermagem.** Cacém. ISSN 0873-1586. N.º 15 (2008) pp.41-48.
- **MARCONDES, A. P. E SOUZA, C. P. – Parcerias de abordagens metodológicas no estudo de representações sociais da avaliação institucional. In Psicologia da Educação [em linha] nº 20, [s.d.]. 6 p. [consultado em 1/05/2009]. Disponível na Internet em URL: <http://www.anped.org.br/26/posteres/anamericapradomarcondes.rtf>.**
- **MARTIES, M.ª - Sobre a Saúde a Doença e os Cuidados de Enfermagem. In Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 51, (Nov. 2003), pp. 41-43.
- **MARTINS, J. C. A. – Os Enfermeiros e os Direitos dos doentes à Informação e ao Consentimento: Percepções, atitudes e Opiniões. In Revista Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 12 (2004). pp.15-26.
- **MARTINS, R. M. e RODRIGUES, M. L. - Estereótipos sobre Idosos: uma representação social gerontofóbica. Millenium Revista do ISPV. N.º 29. (2004) pp. 249-254. [Consultado em 1/09/2010]. Disponível na internet em URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>**
- **MATSUDO, S. - Envelhecimento e actividade física. In MINISTÉRIO EXTRAORDINÁRIO DOS ESPORTES - Actividades Físicas para a Terceira Idade. CNI.SESI. 1997. pp. 23-34**
- **MCKENNA, G. – Cuidar é a essência da prática da enfermagem. In Nursing.** ISSN 0871-6196 N.º 80(1994).pp.33-36.
- **MONIZ, J.M.N. – A enfermagem e a pessoa idosa – A prática de cuidados como experiência formativa.** Loures: Lusociência. 2003. 103p. ISBN: 972-8383-49-5.
- **MORMICHE, P. – Vie et santé progressent de concert. In DUPÂQUIER, J. (dir.) – L'esperance de vie sans incapacités.** Paris: PUF. 1997. pp. 93- 133.
- **MOSCOVICI, S. - A representação social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1961.
- **MOSCOVICI, S. – Das representações Colectivas às representações sociais: Elementos de uma história. In JODELET (Org.) - As representações sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ. 2001. pp 45-46.
- **MOSCOVICI, S. – Representações Sociais: Investigações em psicologia social.** Petrópolis: RJ Vozes. 2003. 408p. ISBN: 853-262-896-6
- **MOURA, C. – Século XXI, Século do Envelhecimento.** Loures: Lusociência. 2006, 100p. ISBN: 972-8930-34-8.
- **NEGREIROS, M. A. G. – As Representações Sociais da Profissão de Serviços Sociais – Uma Análise empírica em contexto autárquico.** Lisboa, Investigar o Agir, 1995.
- **NEUGARTEN, B. L. - Middle age and aging a reader in social psychology.** Chicago: University of Chicago Press. 1968.
- **NEVES, M. C. P. e PACHECO, S. - Para uma Ética em Enfermagem – Desafios,** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda. 2004. 582p. ISBN: 972-603-326-8
- **NÓVOA, A. e FINGER, M. – O método de (auto)biográfico e a formação.** (Cadernos de formação, n.º 1). Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS. 1999
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - A governação em Saúde – contributos da ordem dos enfermeiros para a melhoria do desempenho do sistema de saúde. Ordem dos Enfermeiros.** [em linha]. Lisboa:

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Ordem dos Enfermeiros. N.º 16 (Março 2005). [consultado em 30/06/2005]. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/17_rev16.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2003. [consultado em 30/06/2010]. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- PHIPPS, *et al* - **Enfermagem Médico Cirúrgica Conceito e Prática Clínica**. Lisboa: Lusodidacta, 1999. 2552p. ISBN: 972-96610-0-6.
- PIMENTEL, L. – **O lugar do idoso na família**. Coimbra: Quarteto editora. 2001. 244p. ISBN: 978-989-558-051-4
- PINTO, A. B.(coord.) – **Envelhecer Vivendo**. Coimbra: Quarteto, 2001. 164p. ISBN: 972-8535-86-4.
- PINTO, S.; e SILVA, F. – **Autonomia e Consentimento Informado**. In **Nursing**, Edição Portuguesa, ISSN 0871-6196 n.º 191 (2004). pp.20-25.
- POLIT, D.; BECK, C. e HUNGLER, B. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização**. 5ª ed. São Paulo, Brasil: Artemed Editora, 2004. ISBN: 857-307-984-3.
- RAMOS, H. V. – *O Doente perante o seu fim – Autonomia ou paternalismo, Formação da consciência Bioética – Família e Bioética*, In **Cadernos de Bioética**, Edição do Centro de Estudos de Bioética, Ano XII, N.º 33 (2003). pp. 195-206.
- REBELO, M.T. – **Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais de enfermagem**. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em ciências de educação – Área de Pedagogia na Saúde, 1996.
- ROBERT, L. - **O Envelhecimento. Factos e Teorias**. Lisboa: Instituto Piaget. 1995.
- ROUQUETTE, M-L. - **Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos**. In MOREIRA, A. & OLIVEIRA, D. (Eds.) - *Estudos interdisciplinares da representação social*. Goiana: AB Editora. 1998, pp. 39-46.
- RUQUOY, D. – **Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador**. In ALBARELLO, L. et al – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva. 1997. pp. 84-116.
- SÁ, L. V.; OLIVEIRA, R. A. - *Autonomia: uma abordagem interdisciplinar*. In **Saúde, Ética & Justiça**. São Paulo. V. 12, n.º1 e 2 (2007). pp.5-14. [consultado em 30/06/2010]. Disponível em URL: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/iof_48_5-14.pdf
- SANCHEZ, M. A. – *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações sociais para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. In **Universidade Aberta da Terceira Idade - Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro. ISSN: 1517-5928. V.3, N.º3(2000). pp. 1-15.
- SANTOS, A. et al - *Representações sociais do processo saúde doença entre nefrologistas e pacientes renais crónicos*. In **Psicologia, Saúde & Doença**. Brasil. ISSN: 1645-0086 V. 6, N.º1 (2005). pp. 57-67.
- SANTOS, J. M. O. – **Parceria nos cuidados – Uma metodologia de trabalho centrada no doente**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 2002. ISBN 972-8184-83-2.
- SEVALHO, G. – *Uma abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença*. In **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.9, N.º3 (1993) pp. 349-363.
- SILVA, B. et al - *Jornada de trabalho: factor que interfere na qualidade da assistência de enfermagem*. In **Texto contexto e enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol.15, Nº3 (2006).
- SILVA, E. M. B.; SILVA, D. M. e CARVALHO, M. – *Autonomia do Doente – Um estudo para reflexão*. In **Servir**. Lisboa. ISSN: 0871-2370 Vol. 51, N.º 3 (2003).
- SILVA, J. F. – **Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família**. Loures: Lusociência. 2006. 332p. ISBN: 972-8930-25-9.
- SIMÕES, J.; MARTINS, J. – *Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento*. In **Revista Portuguesa de Bioética**, N.º3 (2007). pp. 315-330.
- SIQUEIRA, A. B. et al – *Impacto Funcional da Internação hospitalar de Pacientes Idosos*. In **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. ISSN 0034-8910 V. 38, N.º5 (2004). pp. 687-694.
- SOUSA, J. et al – *Estereótipos de género nas emoções dos idosos*. In **Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia**. Universidade do Minho, Portugal, 2010. Pp.3569-3580. [consultado em 30/11/2010]. Disponível em URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiSoc_12.pdf
- STRENBERT, H. J. e CARPENTER, D. R. - **Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência. 2002. pp. 1-35. ISBN: 972-8383-29-0.
- TOLETTI, G. M. M. A. E. – **Representações dos Estudantes Finalistas sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem – Contributos para a Educação e o Aprender em Enfermagem**.

Os enfermeiros e as representações sociais acerca do envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada.

Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado em Psicologia Educacional. 2004. 199p.

- TOMÁS, A. e POMBO, C. – *Consentimento Informado: Implicações na Autonomia do Doente*, In **Enfermagem**. 2ª série, ISSN 0871-0775 N.º 23/24 (2001). pp.48-53.
- VALA, J. - **A análise de conteúdo**. In SILVA, A. S. e PINTO, J. M. (Org.) – *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, 1986, pp. 101-128.
- VALA, J. – *Grupos Sociais e Representação Social da Doença*. In **Psicologia – Revista da Associação Portuguesa de Psicologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa e J.N.I.C.T. V. II, N.º 4 (1981). pp. 329-342.
- VAZ, C. R. O. T – **Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem nos Serviço de Urgência**. Lisboa: Universidade Aberta. Junho 2008. Mestrado de Comunicação em Saúde.
- VEYSSET, B. – **Dépendence et Vieillesse**. Paris: L'Harmattan. Coleção Logiques Sociales. 1989. 171p. ISBN 2-7384-0279-8.
- VIEGAS, L. – *Atitudes dos Enfermeiros para com as Pessoas Idosas: um estudo exploratório*. In **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904.V.10, N.º 2 (2006) pp. 47-56.
- WATSON, J. – **Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-33-9
- WATSON, j. – **Nursing. Human science and science of caring**. CO: Colorado, Associated University Press. 1985. 321p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Envelhecimento Activo: uma política de saúde**. Brasília: WHO, 2005. [consultado em 22/05/2010]. Disponível em URL: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Promotion Glossary**. [em linha]. Switzerland: World Health Organization, 1998. [consultado em 30/06/2005]. Disponível em URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Men Ageing And Health**. Geneva: WHO, 1999. [consultado em 22/10/2010]. Disponível em URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf
- ZYL, S. - **Psychological theories of aging: Activity, disengagement and continuity**. In EDNA, M. (Ed.) - *Reading in Gerontological Nursing*. 1980. pp. 165-168.

Anexos

**Anexo I – Pedido de Autorização à Direcção
de Enfermagem do Hospital Lisboa Norte,
EPE.**

Ao Concelho de Administração do Hospital Pulido Valente

À Ex. Enfermeira Directora do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Assunto: Pedido de autorização para a realização de trabalho de investigação

Eu Ana Cristina Almeida Santos Costa, portadora do BI n.º 11982776, do Arquivo de Identificação de Lisboa, enfermeira generalista do serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente, frequento o Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, e pretendendo desenvolver um trabalho de investigação que tem por tema **Autonomia do Idoso Hospitalizado: Que Cuidados de Enfermagem?** e que se desenvolve sob a orientação da Professora Ana Paula Gil e a Professora Idalina Gomes, venho por este meio apresentar a intenção e pedido de autorização para realizar a recolha de dados para a tese, nesta instituição, **através da aplicação de um inquérito por associação livre de ideias e uma entrevista (anexo), aos enfermeiros** que exercem funções nos serviços de Medicina do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente

A questão de partida colocada é: De que forma as representações sociais dos enfermeiros acerca do conceito de envelhecimento e autonomia influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado?

Objectivo geral – Compreender como as representações sociais de envelhecimento e de autonomia dos enfermeiros dos serviços de Medicina do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

Objectivos Específicos:

- Identificar as representações sociais acerca dos conceitos de envelhecimento e idoso que os enfermeiros do serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente detêm;
- Identificar as representações sociais acerca do conceito de autonomia dos enfermeiros do serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente detêm;

- Identificar de que forma as representações sociais dos enfermeiros sobre o envelhecimento e conceito de idoso influenciam a de promoção de autonomia do idoso hospitalizado.

A resposta aos instrumentos de colheita de dados é anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes.

Aguardando uma resposta breve e sem mais assunto de momento, agradeço desde já a sua disponibilidade.

Atenciosamente

Ana Cristina Almeida Santos Costa.
Av. Marechal Teixeira Rebelo,
N.º 43 r/c Esq.
1500-425 Lisboa.
967594695.

Anexos – Inquérito por Associação Livre de Ideias e Guião de Entrevista

Guião de Inquérito

I – Caracterização

Sexo: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade (licenciatura/mestrado/doutoramento/especialidade):

Serviço de medicina 3A ☐ 3B ☐ 3C ☐ 3D ☐

Anos de experiência _____

Anos de funções num serviço de medicina, enquanto enfermeiro

Anos de trabalho com pessoas idosas: _____

II – Autonomia faz-me pensar em...

III – Envelhecimento faz-me pensar em...

IV – Idoso faz-me pensar em...

Guião de Entrevista

Tendo em conta que, neste estudo, se considera o conceito de autonomia como a tomada de decisão (com responsabilidade) do indivíduo; respeitando a sua individualidade, responda o mais honestamente às questões que lhe serão colocadas.

As questões da entrevista ainda estão em elaboração, no entanto as dimensões de análise que serão tidas em conta são:

- Atitudes perante a velhice e o envelhecimento;
- Representações sobre a velhice e a capacidade de autonomia do idoso;
- Representações sobre o doente idoso e a forma como interferem com as intervenções dos enfermeiros que visam a promoção da autonomia do doente idoso.

Anexo II – Autorização da Direcção de Enfermagem do Hospital Lisboa Norte, EPE para a realização do trabalho de investigação.

Anexo III – Pedido de consentimento Informado ao entrevistado.

Consentimento Informado

Eu, Ana Cristina Almeida Santos Costa, enfermeira generalista do serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte Pólo Hospital Pulido Valente, frequento o Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, e pretendendo desenvolver um trabalho de investigação que tem por tema **Autonomia do Idoso Hospitalizado: Que Cuidados de Enfermagem?** e que se desenvolve sob a orientação da Professora Ana Paula Gil e a Professora Idalina Gomes, venho por este meio pedir autorização para **aplicação de um inquérito por associação livre de ideias e de uma entrevista.**

A questão de partida colocada é: De que forma as representações sociais dos enfermeiros acerca do conceito de envelhecimento influenciam a promoção da autonomia do idoso hospitalizado?

Objectivo geral – Analisar o modo como as representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento influenciam os cuidados de enfermagem na promoção da autonomia do idoso hospitalizado.

Objectivos Específicos:

- Identificar as percepções, experiências, as atitudes, as imagens que os enfermeiros, de um serviço de medicina em contexto Hospitalar, possuem face ao envelhecimento, pessoa idosa e à autonomia da pessoa idosa.
- Conhecer de que modo é mobilizado o modelo de intervenção em parceria nos cuidados de enfermagem no sentido de promover a autonomia do idoso hospitalizado.
- Identificar os factores que facilitam a promoção da autonomia do idoso doente hospitalizado na relação de cuidados de enfermagem.
- Identificar os factores que dificultam a autonomia do idoso doente hospitalizado na relação de cuidados de enfermagem

Quanto ao inquérito apenas se pretende recolher opiniões, não existindo assim respostas certas ou erradas, mas apenas os sentimentos, pensamentos e vivências de cada um.

As suas **respostas são anónimas e confidenciais** e destinam-se exclusivamente a este estudo.

O Inquérito consiste na apresentação de três palavras, às quais lhe pedimos, para cada uma delas, que enuncie outras palavras que lhe vêm à mente.

Exemplo: Verão faz-me pensar em...

- 1- Sol;
- 2- Calor;
- 3- Férias;
- 4- Roupas frescas;
- 5- Alegria;
- 6- Agua.

Pretendemos uma resposta espontânea, por isso pedimos que nos diga as primeiras palavras que lhe ocorram, sejam elas quais forem. Procure ser rápido e não existem respostas certas ou erradas. Para que o inquérito seja válido deve referir no mínimo 3 palavras.

Agradecemos a Sua Colaboração

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu _____, perante as informações acima referidas, aceito participar, de livre e espontânea vontade, neste estudo.

Anexo IV – Instrumentos de Colheita de Dados

Guião de Entrevista

Código entrevista _____

I – Caracterização da População

Sexo: _____

Idade: _____

Profissão: _____ Categoria Profissional _____

Escolaridade (licenciatura/mestrado/doutoramento/especialidade):

Serviço de medicina 3B

Anos de experiência _____

Anos de funções num serviço de medicina, enquanto enfermeiro

Anos de trabalho com pessoas idosas: _____

Trabalha em mais que um sítio, como enfermeiro? _____

Se sim, a população alvo de cuidados é essencialmente de que faixa etária
_____.

O que o levou a escolher um serviço de medicina, para trabalhar, em que maioritariamente a população é idosa? **(Gravado)**

II - Associação Livre de Ideias (Gravado)

- Envelhecimento faz-me pensar em...
- Pessoa Idosa faz-me pensar em...
- Autonomia na pessoa idosa faz-me pensar em...
- Dependência na pessoa idosa faz-me pensar em...

III- Guião de Entrevista

1. Na sua opinião o que é que considera que contribuiu da sua experiência individual e profissional para a imagem que possui sobre a pessoa idosa?
2. Que estratégias utiliza para estabelecer uma relação com a pessoa idosa hospitalizada, que promovam a sua autonomia?
3. Ao longo da sua experiência enquanto enfermeira já prestou cuidados a pessoas idosas e a pessoas jovens, que diferenças encontrou?
4. Da sua experiência como enfermeira o que considera como um bom doente e um doente difícil? E considerando a pessoa idosa, que características poderá esta ter que a torne um bom doente ou um doente difícil?
5. Quando presta cuidados de enfermagem a uma pessoa idosa tem em conta os seus valores, hábitos de vida, experiências de vida, o impacto que a doença tem no idoso? Da sua experiência como enfermeiro que factores facilitam e/ou dificultam o respeito por essas preferências?
6. O que entende por consentimento informado? Considera importante a sua prática? Quando presta cuidados de enfermagem como faz para pedir o consentimento informado tendo em conta que o seu cliente é uma pessoa idosa? (procedimentos/privacidade/pessoas implicadas)
7. Habitualmente na sua prática de cuidados estimula a pessoa idosa doente a participar nos cuidados de enfermagem? Em que situações?
8. Na prestação de cuidados de enfermagem, como faz para envolver a pessoa idosa nas decisões relativas aos seus cuidados? Quando e porque o faz? Que factores pessoais e profissionais poderão desenvolver a promoção da autonomia do idoso hospitalizado? Que factores profissionais e pessoais poderão dificultar a promoção da autonomia do idoso hospitalizado?
9. Considera que os doentes idosos querem participar nos cuidados que lhe são prestados e nas decisões relativas aos mesmos? Fundamente.
10. Em seu entender considera que um doente idoso pode ser dependente fisicamente e autónomo? Justifique. E tendo em conta a sua experiência como enfermeiro/a ao cuidar da pessoa idosa dependente como faz para continuar a promover a sua autonomia, durante os cuidados de enfermagem que executa?

Anexo V – Caracterização da população.

Caracterização da População do estudo

No serviço de medicina 3B piso 1, do Hospital Lisboa Norte, pólo Hospital Pulido Valente, existem 23 enfermeiros (dois deles, estão ligados à gestão do serviço, e os restantes à prestação de cuidados), estando 2 enfermeiras de licença de maternidade até fins de Dezembro de 2010, 2 enfermeiras com menos de 6 meses de serviço no serviço, e 1 enfermeira de licença de amamentação.

Como se observa no Quadro 1 participaram neste estudo 17 enfermeiros do serviço de medicina 3B piso 1 do Hospital Lisboa Norte, pólo Hospital Pulido Valente, com idades compreendidas entre os 22 e 36 anos. Destes 88% são do sexo feminino e 12% do sexo masculino. Relativamente ao grupo etário os participantes situam-se na sua maioria na faixa etária dos 21-25 anos (41,2%) e dos 26-30 anos (29,4%), constatando-se ser uma equipa de enfermagem jovem.

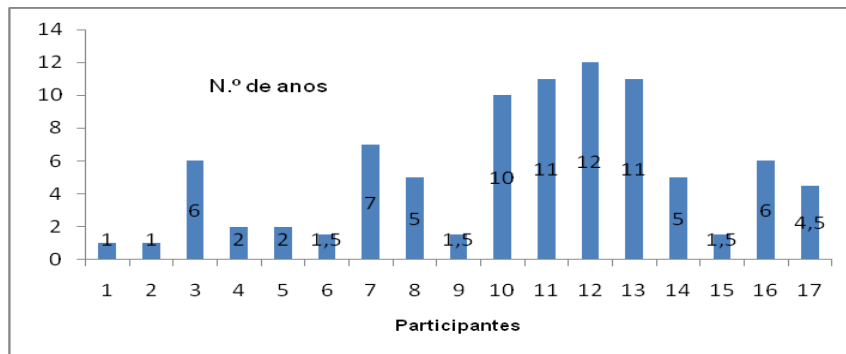
Quadro 1 – Distribuição dos Participantes por Grupo Etário/Sexo

		Grupo Etário				Total	%
		21-25	26-30	31-35	36-40		
Sexo	Masculino	0	1	1	0	2	12
	Feminino	7	4	3	1	15	88
Total		7	5	4	1	17	100
%		41,2	29,4	23,5	5,9	100	

Quanto à escolaridade os 17 participantes são licenciados em enfermagem, exercendo funções de enfermeiros generalistas, sendo que dois destes enfermeiros 1 tem Especialidade em Saúde Materna (a aguardar transferência), e outro tem uma Pós-Graduação em Geriatria.

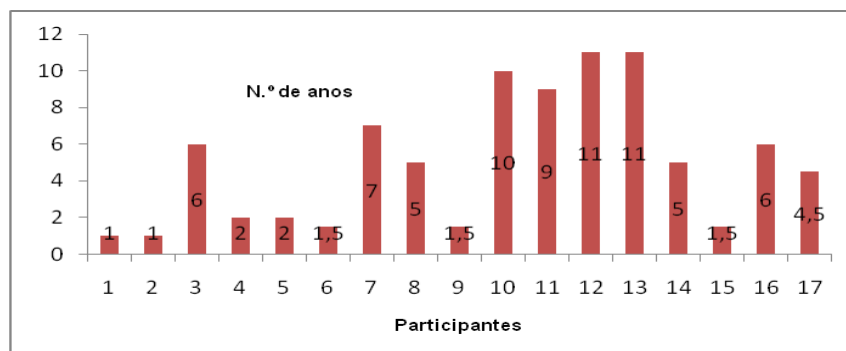
Relativamente aos anos de experiência dos enfermeiros participantes no estudo (figura 1) verifica-se que vão desde 1 a 12 anos. Dos 17 participantes 7 têm menos de 2 anos de experiência e os restantes 10 enfermeiros têm entre 4,5 e os 12 anos de experiência.

Figura 1 – Distribuição dos participantes por anos de experiencia como enfermeiro.



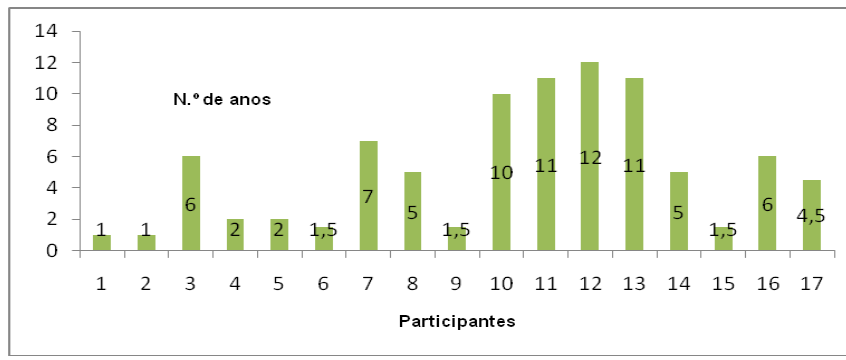
Quanto aos anos de funções como enfermeiro num serviço de medicina (figura 2) verifica-se que vão desde 1 aos 11 anos. Tal como observada na questão anterior verificou-se que destes 17 enfermeiros 7 exercem funções num serviço de medicina há menos de 2 anos e que os 10 restantes exercem funções entre os 4,5 e 11 anos. Tendo em conta os dados deste gráfico e do anterior podemos concluir que a maioria destes participantes iniciou a sua carreira num serviço de medicina e que aí se tem mantido desde então.

Figura 2 – Distribuição dos participantes por anos de funções como enfermeiro num serviço de medicina.



Ao se questionar os participantes quanto ao número de anos que trabalha com pessoas idosas (figura 3) verifica-se que o número de anos de experiência como enfermeiro é igual ao número de anos que trabalha com pessoas idosas, indo de 1 a 12 anos.

Figura 3 – Distribuição dos participantes por número de anos que trabalha com pessoas idosas.



Quanto aos locais de trabalho verificou-se que dos 17 enfermeiros entrevistados 11 trabalham apenas neste serviço, e que os outros seis enfermeiros têm um segundo trabalho.

Para análise e tratamento estatístico dos dados referentes à caracterização dos participantes, foi utilizado o programa *EXCEL 2007*.

**Anexo VI – Base de dados Word 2007
(Recolha de dados referentes aos
estímulos).**

____ 001

solidão família história_de_vida

++++

solidão história_de_vida alegria família_expectaculare sozinho problemas_saúde

++++

sorte alegria felicidade

++++

família tristeza ajuda apoio

____ 002

avós perda_autonomia bengala óculos casa netos

++++

cabelos_brancos avós hospital doença

++++

vitalidade independência hobbies capacidade_decisão

++++

perda capacidade_de_decisão cuidar apoios acamado múltiplas_patologias
sem_capacidade_de_decisão

____ 003

cuidados dependência rugas bem_estar tranquilidade tempo_livre

++++

cuidados dependência sofrimento

++++

bons_exemplos qualidade_de_vida bengala actividades_de_lazer
desempenhar_tarefas cuidar ajudar

++++

cama apoios úlceras_pressão cuidador_principal ajuda

- - - 004

idosos vida doença felicidade reforma

++++

história vida sabedoria

++++

trabalho dificuldade empenho gostar cuidado

++++

tristeza cama outros apoios

____ 005

netos tristeza perdas força experiência sabedoria cuidados apoios

++++

avó doentes pais_idoso sociedade_portuguesa bisavós

++++

capacidades prazer independência desligar fazer_o_que_gostam

++++

solidão acamados apoios lares instituições_acolhimento incapacidade
serviço_medicina

____006

experiência sabedoria cumplicidade

++++

avós cuidados doentes ensinar

++++

incapacidade substituição ajudas esforço

++++

depressão solidão incapacidade tristeza

____007

idoso perda_capacidade sabedoria família

++++

experiência experiente limitação doença demência

++++

saudável bons_hábitos estilos_vida_saudáveis sorte

++++

sofrimento incapacidade_física incapacidade_mental família suporte

____008

tristeza solidão carinho pessoas_idosas mais_70_anos

++++

cuidados doentes avos pais eu pessoas_significativas_doentes

++++

passear ler cozinhar andar vestir actividades_vida

++++

incapacidade acamados revoltada tristeza abandono solidão

____009

solidão tristeza alegria

++++

solidão pensar família limitação desilusão

++++

tempo respeito vontade

++++

desilusão decepção isolamento afastamento_social afastamento_emocional

____010

idosos avos fim_de_vida experiencia

++++

experiência velho avó pais

++++

vida liberdade bem_estar continuidade

++++

falta_autonomia sofrimento prisão solidão incapacidade

____ 011

dependência velhice solidão perda_autonomia isolamento

++++

estigma solidão doença

++++

capacidade decisão liberdade

++++

isolamento apoio família

____ 012

sofrimento solidão dependência dificuldades

++++

respeito maturidade sofrimento

++++

défice dependência dificuldades

++++

depressão isolamento sensação_desprezo sensação_insignificância não_ser_util
incapacidade

____ 013

morte sabedoria experiência vida sofrimento doença solidão

++++

visão_negativa dependência doença perda_autonomia reabilitação

++++

diminuição dependência reabilitação

++++

necessidades promoção_autonomia reabilitação enfermeiros apoio

____ 014

velhotes cabelos_brancos rugas doença avó casal_mãos_dadas passear pais meu
futuro

++++

experiência respeito doentes_marcantes enfermeiro

++++

gerir_sua_vida ter_sua_casa capacidade_decisão responsabilidade independência

++++

acamados doentes revolta não_aceitação_doença solidão

____ 015

dificuldades perda_autonomia coisas_negativas perda_capacidades apoios ajuda
tempo_livre aproveitar_fazer_outras_coisas

++++

objecto_trabalho (doentes) apoios cuidados_enfermagem perda_capacidades

++++

estímulo dificuldades não_valorizado não_estimulado
 perda_capacidade_física/mental
 ++++
 perda_capacidade_física perda_autonomia acamados limitações apoios
 ____016
 dependência netos limitações rugas experiência
 ++++
 avó rugas experiência_vida dependência
 ++++
 dificuldades poucos_recursos ajuda dispositivos_ajuda
 ++++
 abandono dificuldade família
 ____017
 doença dependência complicações problemas_familiares chatices peso_sociedade
 lar_idosos sofrimento envelhecimento_activo
 ++++
 envelhecimento dependência hospital internamentos_recorrentes afecto
 necessidade_afecto carinho acompanhamento necessidade_presença
 ++++
 qualidade_saúde velhice_saude relação_social vida_familiar proximidade diálogo
 ajuda qualidade_vida
 ++++
 vertente_negativa vertente_acomodação limitações inútil adaptação sofrimento
 perceber_utilidade_sociedade dificuldades

**Anexo VII – Tabelas de Frequências de
ocorrências dos estímulos
“Envelhecimento faz-me pensar em...”,
“Pessoa idosa faz-me pensar em...”,
“Autonomia na pessoa idosa faz-me
pensar em...” e “Dependência na pessoa
idosa faz-me pensar em...”.**

Envelhecimento faz-me pensar em...

Palavra	Frequência de Ocorrência
Dependência, incapacidade, limitação, perda de força	13
Família, avós, netos, casal mãos dadas, cumplicidade, casal	11
Experiência, sabedoria, histórias de vida	10
Idosos, velhice, velhotes	7
Complicações, problemas, dificuldades, chatices, peso sociedade	6
Tempo livre, reforma	6
Solidão	6
Rugas, cabelos brancos	5
Bem-estar, tranquilidade, felicidade, alegria, carinho	5
Futuro, vida	5
Doença	4
Perder autonomia	4
Apoios, ajudas	4
Tristeza	4
Doença	4
Bengala, óculos	2
Cuidados	2
Fim de vida, morte	2
Sufrimento	2
Isolamento	2
Lar idosos	1
Envelhecimento activo	1
Coisas negativas	1

Foram citadas 47 palavras diferentes, havendo 107 entradas.

Pessoa Idosa Faz-me pensar em ...

Palavra	Frequência de Ocorrência
Experiências de vida, Maturidade, Sabedoria (Pensar), Histórias de vida, Experiências, Experiente, Ensinar	13
Família, Avós, Bisavós, Pais, Eu	13
Doença, Doentes, Doentes marcantes, Problemas saúde	9
Necessidades (apoio, afecto, presença, acompanhamento, carinho)	6
Cuidados	4
Solidão	4
Dependência	4
Hospital, internamentos	3
Enfermeiro, Cuidados de Enfermagem	2
Cabelos Brancos, Rugas	2
Sufrimento	2
Limitação	2
Respeito	2
Alegria, Vida	2
Idoso, Velho	2
Envelhecimento	1
Demência	1
Sociedade Portuguesa,	1
Visão negativa	1
Perda autonomia	1
Reabilitação	1
Desilusão	1
Sozinha	1
Estigma	1
Pessoas Significativas Doentes	1

Foram citadas 48 palavras e houve 80 entradas

Autonomia na pessoa idosa faz-me pensar em...

Palavra	Frequência de Ocorrência
Bons hábitos de vida, estilos de vida saudáveis, saudável, Qualidade de vida, Bons exemplos de vida, saúde	8
AVD (passear, ler, cozinhar, andar, vestir, actividades de vida)	6
Empenho, esforço, respeito, vontade, desejar, estímulo	6
Dificuldades, poucos recursos	5
Ajudar	5
Relação familiar, relação social, Diálogo, Proximidade	4
Incapacidade	4
Capacidade de decisão, liberdade	4
Hobbies, Actividades lazer	3
Independência	3
Capacidade	3
Vida, vitalidade	3
Sorte	2
Desempenhar tarefas, trabalhar	2
Alegria, felicidade	2
Bengala	2
Cuidados/Cuidar	2
Prazer, Gostar	2
Reabilitação,	2
Tempo, continuidade	2
Gerir a sua vida/casa	2
Défice	1
Dependência	1
Substituir	1
Responsabilidade	1
Desvalorizado	1
Não estimulado	1

Foram citadas 56 palavras/expressões e houve 78 entradas

Dependência na pessoa idosa faz-me pensar em...

Palavra	Frequência de Ocorrência
Ajuda, apoio, suporte	9
Incapacidade física/mental	8
Acamados	6
Solidão	5
Tristeza	4
Família	4
Sufrimento	4
Perda autonomia (capacidade decisão)	4
Lares, instituições acolhimento, serviços medicina	3
Revolta	3
Isolamento	3
Inútil, Insignificante	3
Doença/doentes	3
Dificuldades	2
Afastamento emocional/social	2
Limitações	2
Reabilitação física e mental (promoção capacidade autonomia)	2
Depressão	2
Abandono	2
Desilusão, decepção	2
Enfermeiro	1
Cuidar	1
Acomodação	1
Vertente negativa vida	1
Necessidades	1
Prisão	1
Adaptação	1
Sensação de desprezo	1

40 **palavras** **diferentes,** **com** **81** **entradas**

ANEXO VIII – Exemplo da análise de uma entrevista.

Entrevista N.º 5

0-Foi isso mesmo, o facto de serem idosos. Pelos anos que eu tive no curso as experiências que eu mais gostei foram as que eu trabalhei com idosos. Nunca gostei de trabalhar com crianças, em pediatria obstetrícia, pronto. Nunca gostei. E é isso mesmo por trabalhar com idosos e se calhar por ter a minha avó em casa sempre influenciou um bocadinho e sempre quis trabalhar com idosos.

1-Da parte individual, se calhar, é mais aquilo que eu passo em casa, por ter a minha avó em casa foi ela que me criou. Sempre tive uma boa relação com os meus avós sendo muito próxima deles. Assim a imagem que eu tenho deles é de uma pessoa idosa mais independente, que é capaz de fazer tudo, ahhh uma pessoa que cuida dos netos dos filhos, que sempre foi esta a imagem que a minha avó me deu e me passou. Mas por outro lado também tenho, se calhar, vi esta parte mais profissional, se calhar quando comecei a trabalhar aqui no serviço e os anos de curso, que percebi que o idoso não é aquela imagem individual que tenho de idoso, pois é uma pessoa mais dependente, que precisa da nossa ajuda, precisa dos familiares e dos amigos. Por exemplo uma simples uma coisa como o de levantar, em casa não preciso fazer isso e chego aqui e todos precisam de ajuda. E se calhar agora vejo o idoso como uma pessoa mais dependente do que o via há uns anos atrás. Pronto a minha imagem profissional torna-se um pouco mais negativa aqui por parte dos idosos. O estado de dependência que aqui vemos é o que mais motiva ao pensar assim. Por um lado a minha imagem tornou-se mais negativa ao longo dos anos de trabalho, por outro o facto de conseguirmos ver as pessoas melhorarem tanto, por vezes, que acabamos por ver que eles têm tanta esperança e tanta força que nós nem imaginávamos que eles tinham.

2- Uma das coisas que eu adoro fazer é manhãs e uma das coisas que eu faço nos cuidados de higiene é estimular a sua autonomia do doente, aquilo que ele consegue lavar, consegue fazer, levantar os braços e as pernas, pronto. Isso é uma das coisas que eu tento fazer para estimular mais a autonomia dos doentes. **(Como faz para estabelecer essa relação?)** Não sei, ahhh , pausa, acho que é ...é começar a falar um bocadinho sobre aquilo que a pessoa ... como se chama, em que trabalhava, em que trabalha porque há pessoas que ainda trabalham, quais são as terras, de onde vêm , o que gostam de fazer, isso é capaz de ajudar a aproximar um bocadinho a passar á fase seguinte e mostrar-lhes que estou aqui para ajudar e posso capacitá-lo mais, para conseguir, pronto. **(Capacitá-lo?)** Em termos físicos sim. Em termos intelectuais e falando um bocado na esperança, é um bocado mais difícil dar esperança ao doente. Eu acho que em termos físicos é mais fácil dar esperança. Eu acho que é mais fácil em termos físicos elogiar um doente e ver as suas conquistas, do que em termos intelectuais ou em termos sentimentais, porque para mim dar uma esperança a um doente em que pausa, por exemplo os doentes em cuidados paliativos é muito difícil dar-lhe esperança, quando ele não vê mais nada, quando ele sabe que é aquilo que vai-lhe acontecer, imaginando que ele vai falecer. Ahhh parece que sinto mais impotência, quando é para capacitá-los ou para lhes dar esperança em termos emocionais, do que em termos físicos, em reabilitação física, sinto-me mais impotente.

3-pausa, ahhh. Pronto eu sinto mais prazer em cuidar de idosos, essa é a primeira parte. aahhh E sinto que, pronto, os idosos por toda a experiência que eles têm que eles têm para nos ensinar, e ensinam-nos muito por toda a sabedoria que eles têm. Ensinam-nos a lidar com coisas não só aqui mas fazem-nos pensar em casa, disseram-nos isto e têm toda a razão e se as pessoas adaptarem um pouco isso na sua vida só tem a ganhar. Eu penso uma coisa que nos podemos tirar dos idosos e a experiência que eles têm e os conhecimentos que eles nos podem dar. As pessoas mais jovens têm uma maior vivacidade e se calhar uma maior esperança, e acham que as coisas vão correr bem mais facilmente que os idosos. Os idosos vão mais facilmente abaixo ou mais depressa do que uma pessoa mais jovem, pelo menos é Aquilo que eu sinto enquanto trabalhei, não quer dizer que veja cá fora sempre, mas enquanto enfermeira é a ideia que eu tenho. **(Há diferenças entre o cuidar de uma pessoa mais jovem e mais idosa?)** Pode haver um bocadinho, pela diferença de mentalidades dessa pessoa, depende também pela proximidade de idades. Depende de alguns factores... numa pessoa mais idosa, se calhar, falamos de uma forma diferente, já... temos de ter um cuidado diferente. Numa pessoa mais jovem e por sermos uma equipa jovem, faz-nos facilitar um bocadinho, pois esta pessoa tem um pensamento mais parecido com o meu do que uma pessoa mais idosa. **(Qual é então a diferença nos cuidados?)** Os cuidados são sempre diferentes de pessoa para pessoa, independentemente de pessoa jovem ou idoso. Eu acho que os cuidados dependem das necessidades da pessoa. Nós temos que nos adaptar aos cuidados de cada um, e são sempre diferentes de pessoa para pessoa independentemente da idade.

4-Um doente difícil, ahhh eu antes pensava que não tinha personalidade para me adaptar a determinadas pessoas, e desde que trabalho aqui, fui percebendo que não pode ser bem assim. As vezes acho que doente difícil pode ser aquela pessoa que não tem atenção ao que nós dizemos, que acha que estamos a dizer as coisas por mal delas, e não é. Ou aquelas pessoas que sei lá, que acham que estamos a prestar os cuidados e diz “porque esta a fazer isso outra vez”, já não fez isso á bocado” por exemplo, as vezes acho que isso é num doente difícil porque não percebe o porque e a importância de se fazer um determinado procedimento. Um bom doente, eu acho que são todos bons doentes. Como é que eu defino, talvez um doente com o qual eu consigo estabelecer uma boa relação, porque isso influencia os cuidados e a forma como o abordo. Se eu não tenho uma boa relação, a partir daí os cuidados já serão diferentes.

Repete pergunta, ahhh, pausa... lá esta eu vou cair outra vez na relação que eu estabeleço com a pessoa, que já esta intrínseco nas características da pessoa. Eu já sou uma pessoa que tenho dificuldade em estabelecer uma relação com as pessoas. Se calhar se for uma pessoa mais extrovertida e entre mais na brincadeira, se calhar eu considero isso mais facilmente um bom doente porque mais facilmente estabeleço uma relação com ele. Agora se for uma pessoa mais calada, muito reservada, que fala pouco connosco, que tem as coisas dela, eu não penso que seja um mau doente, mas um doente mais difícil de lidar, por ter estas características que ele tem. Se calar porque se aproxima da forma como eu as vezes sou, e eu tenho dificuldade porque se ele não fala tanto comigo eu tenho alguma dificuldade em estabelecer a relação com

ele. Porque eu já sou uma pessoa mais reservada e acabo por me conter mais e acaba por dificultar a relação. Não é que faça um mau doente, mas são as características que dificultam a relação.

5-ahhh, já tive mais acho eu. Ahhh no momento em que nós estamos eu sinto-me tão cansada que acho que não consigo prestar os cuidados tão individualizados e olhar a pessoa de uma forma holística, ter um cuidado com as experiências, crenças e valores do doente, às vezes acabo por deixar isso passar e antes não fazia tanto isso. Acho que antes fazia mais isso e tinha mais atenção a isso. Actualmente tento fazer com os meus doentes pelos quais era responsável. Mas torna-se fazer isso com os meus doentes todos que eu tenho num turno. Antes era mais fácil agora é mais difícil pelo excesso de trabalho e pelo cansaço.

Se calhar se forem valores muito idênticos e experiências muito idênticas as minhas e pelas quais eu tenha passado isso é factor que facilita para eu respeitar mais essas preferências. Apesar de tudo acho que não há assim nada que dificulte o respeitar pelas preferências do doente, o que pode dificultar é eu não me identificar tanto com essas preferências e elas passarem mais ao lado. Quando me identifico mais com essas preferências ou experiências estou mais atenta. Eu acho que nos trazemos coisas da vida pessoal para a vida profissional e vice-versa.

A ligação e as semelhanças que eu posso encontrar com a pessoa com a minha vida profissional e pessoal pode facilitar mais o respeito por essas preferências.

6-Consentimento informado em termos de enfermagem e clínicos é nós junto da pessoa irmos fazer um procedimento e explicarmos a essa pessoa o que vamos fazer os riscos, os benefícios, os prós e os contras. Explicar numa linguagem que a pessoa perceba, e se a pessoa quiser lá os familiares ou pessoa de referência devemos dar essa hipótese e explicar também a essa pessoa e de preferência em conjunto. E dar um tempo, se for possível, para a pessoa pensar sobre o que lhe dissemos, e tomar uma decisão.

Muito importante sem dúvida.

Em termos, se for uma pessoa consciente e orientada, vamos sempre pedir o consentimento, quer dizer informamos o que vamos fazer. Uma vez algumas pessoas sabem o que vamos fazer e outras não. Muitas vezes faço e depois é que explico. Muitas vezes não pergunto sequer se posso fazer um procedimento. O que falha é que dizemos o que vamos fazer mas não perguntamos se o podemos fazer. Eu explico o que é mas não lhe pergunto se o posso fazer. Em termos de privacidade tenta-se que se respeita, pois é difícil fazê-lo quando temos muito doentes na sala estamos com aquele doente e respeitar a sua privacidade, mesmo que fechemos as cortinas, mas as pessoas junto acabam por ouvir. Mantemos ao máximo a privacidade entre profissional e doente, tentamos mas é muito difícil. Se estão outras pessoas na sala ou familiares peço sempre para sair, pergunta se família pode estar presente, tentamos dentro do possível preservar a privacidade do doente. As pessoas implicadas no pedido de consentimento são o enfermeiro e o doente; e depende se é um acto clínico também estará lá o médico. O que falha muito é os médicos pedirem o consentimento aos doentes e nós nem sabermos e ser um procedimento que também nos implica.

7-Sim, em alguns nem todos. Por exemplo nos cuidados de higiene nos levantes, tento capacitá-los ao máximo na toma da medicação, há pessoas que podemos deixar-lhes os comprimidos. Tento estimular ao máximo as actividades físicas, sim.

8- Pausa, ahhh. Lá está. É assim, para envolver as pessoas nas decisões temos de ter o consentimento informado das pessoas. Nos cuidados de enfermagem, eu se calhar, não o faço tantas vezes como devia, ou seja envolver a pessoa num consentimento e vou fazer isto porque, porque, posso ou não posso fazer. Acabo por chegar lá, faço as coisas e acabo por nem sequer dizer as pessoa o que estou a fazer. Isto acontece muito pela rotina, chegar ao pé de um doente e fazer as coisas e está feito e passo para a próxima pessoa. Se calhar quando são procedimentos mais invasivos acabo por explicar mais às pessoas o que é para fazer. No entanto na mudança de posição de um doente, também é uma coisa que tento perguntar se quer mudar de posição, no entanto a pessoa diz “eu não quero mudar” e nós mudamos na mesma e dizemos “é melhor para si”. Nas técnicas mais invasivas tento sempre explicar porque a pessoa pode ter mais dificuldade em tolerar e porque pode ser mais difícil. Assim se nós explicarmos ao doente pode haver mais confiança em nós e a pessoa confia mais em nós e ajuda mais. Se calhar é por isso que eu explico mais, porque são coisas mais difíceis, e precisamos mais de uma colaboração do doente. Como o faço e como eu disse no consentimento informado, dizer o que vou fazer, explicar e mediante ou não a pessoa aceitar ou não que nós façamos alguma coisa nós logo vemos se avançamos ou não. Por exemplo explicamos a uma doente o procedimento a uma doente sobre a entubação nasogástrica e ela recusou, no entanto acho que a pessoa acaba por confiar mais em nós porque lhe explicamos as coisas e lhe pedimos a sua permissão. A pessoa recusou e isso foi aceite. Eu acho se nós dissermos as coisas e explicarmos eu acho que a pessoa acaba automaticamente por confiar em nós e colaborar mais.

Hmm, factores pessoais se calhar ser uma pessoa que não desiste facilmente, mesmo com a dificuldade do doente eu tento sempre a insistir para ele não desistir. Em termos profissionais se calhar por ver que em algumas situações que já se desistiu da enfermagem e me leva a pensar assim “eu não posso desistir da enfermagem, não posso ser assim, eu tenho de fazer isto e manter a minha profissão porque gosto disto”, pois nós estamos cá para estimular a pessoa e fazer o nosso melhor com a pessoa, e ajuda-la e fazer-se sentir-se melhor perante a situação que ela está. E é neste contexto que eu penso que há pessoas que não estimulam o doente e deixam-no andar e a decair e ninguém investir nele, e eu não gosto de ver isso quero que seja diferente, levando-me a não desistir. Assim em termos profissionais falta a estimulação e aprovação. Ou seja os colegas e chefia deviam aprovar e incentivar as boas acções dos colegas, não há valorização do nosso trabalho. A valorização do nosso trabalho é muito importante para mantermos a nossa actividade cada vez melhor.

Que dificultam em termos profissionais – termos muito doentes, não conseguimos dar resposta a todos, e às vezes termos que dar tantos cuidados a um doente que é difícil chegar ao próximo de uma forma holística a todos. É praticamente impossível chegar ao fim de um turno e fazer tudo. Não há tempo e há excesso de trabalho. Não podemos deixar de ter vida lá fora.

Tem de haver um equilíbrio, para termos estímulo e satisfação profissional e pessoal. O que se isso acontece acaba por influenciar a nossa prestação. O termos menos doentes, não termos os suplementares. Já ajudava, Em termos pessoais não desisto no entanto sou negativista, às vezes penso assim “epá é claro que este doente já não vai conseguir fazer isto”, e pronto, então não tento. Quando tento não desisto, até o doente conseguir. Mas daí ao tentar é difícil começar, mas quando começo não desisto.

9- ahhh depende um bocado. Há doente que que sim, que querem participar mais nos cuidados, nas decisões eles acabam por deixar nas nossas mãos porque nos somos os profissionais e por isso sabemos mais “você é que sabe”. E as famílias também deixam mais ao nosso cargo e não deixam muitas vezes os doentes fazer suas escolhas. Eu acho que é mais a família que questionam e não tanto os doentes, questionam mais para perceberem, mais a família e não tanto o doente. Acho que o doente acaba por perder a sua autonomia estando hospitalizado. Autonomia em termos de pensamento, aquilo que ele acha, na capacidade de decisão, ele perde a sua capacidade de tomar suas decisões. Ele tem um pensamento próprio mas não diz o que pensa, não sei se por estar hospitalizado, dependente da família, ou seja se é uma família que os deixam expressar, ou famílias que escondem as informações aos doentes. O doente muitas vezes não sabe o que tem e a família sabe, e nem sequer se pergunta ao doente se quer saber. Em termos dos cuidados depende da situação que o doente está a viver,. Se o doente se vê tão dependente, deixa-se ir e desiste um pouco necessitando ser mais estimulado. Eles às vezes tentam ao máximo se calhar atingir o nível de independência que tinham antes, tentam mas em algumas situações desistem.

10- pausa. Pode sim. Pode ser dependente fisicamente e autónomo psiquicamente. Se se pode dizer assim. Um doente que tenha uma esclerose múltipla, tem até a um certo ponto capacidade para decidir o que quer e não quer. Pode recusar um cuidado ou não. Temos de explicar as coisas. Acho que pecamos por não perguntarmos as pessoas o que querem porque como são dependentes não tem opinião. Tivemos cá um doente totalmente dependente e tinha uma capacidade de decisão muito firme e que nós temos de respeitar.

Não sei se é muito correcto, mas às vezes vejo famílias a decidir por eles, e não é por não queres que famílias estejam presentes, mas eu evito isso e peço ao doente para dar a sua opinião. Incentivo o doente a expressar a sua vontade e a dizer o que precisa. Temos de promover mais a capacidade do doente junto dele e junto da família. Pois eles funcionam como um todo, mas cada um tem a sua opinião que deve ser respeitada. Acho que é importante termos em atenção isto e estimularmos isso ao máximo. Se não as decisões que cabem aos doentes são tomadas por outras pessoa e não promove uma boa recuperação do doente. Tenho de começar a pedir muito mais o consentimento informado às pessoas pois falhamos muito a isso. Pois quando não o pedimos isso estraga a relação de confiança que se poderia estabelecer com o doente. A pessoa deixa de ser simpática, pois o enfermeiro chega ali faz o que tem de fazer e vai-se embora. E nós estamos ali para trabalharmos com o doente, e não para trabalharmos para nos ou para os médicos ou para os doentes, é com eles que temos de trabalhar em conjunto, e isso implica ter em conta a opinião do doente.

Análise da entrevista n.º5

Tema	Motivos para trabalhar num serviço de medicina		
Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Unidades de registo
Motivos trabalhar pessoa idosa	Formação académica	Estágios e contacto pessoa idosa	"Pelos anos que eu tive no curso as experiências que eu mais gostei foram as que eu trabalhei com idosos"E5
	Formação profissional		
	Experiencia pessoal	Gosto/atracção pessoas idosas	"Foi isso mesmo, o facto de serem idosos" E5
		Facilidade anterior em se relacionar com pessoas idosas	
		Antecedentes familiares Família	"e se calhar por ter a minha avó em casa sempre influenciou um bocadinho e sempre quis trabalhar com idosos." E5
	Escolhida mercado trabalho		

Tema	Representações sociais dos enfermeiros acerca do envelhecimento e pessoa idosa		
Categoria	Subcat.	Sub-subcategoria	Unidades de Registo
Factores que contribuem para a imagem dos enfermeiros acerca da pessoa idosa	Positivos	Experiencia pessoal Independente Capacidade fazer tudo Família cuidadora (mulher) Cuidadores netos Autonomia Pessoas que envelhecem com alguma autonomia Perspectiva optimista da velhice Dinamismo	“a imagem que eu tenho deles é de uma pessoa idosa mais independente, que é capaz de fazer tudo”E5 “Assim, ahhh uma pessoa que cuida dos netos dos filhos, que sempre foi esta a imagem que a minha avó meu deu e me passou”E5 “A minha experiência individual tem a ver, se calhar, com uma dinâmica familiar. Os exemplos que a gente consegue ter, tanto dentro da família como na sociedade sócio familiar que nos rodeia, em que nós, se calhar, temos uma perspectiva um pouco mais optimista, mais dinamizadora; porque estamos habituados a ver as pessoas a envelhecer e até na mesma com algum tipo de autonomia”E5
		Experiencia profissional	
		Características físicas	
		Características emocionais/ Psicológicas Esperançosos Força	“o facto de conseguirmos ver as pessoas melhorarem tanto por vezes que acaba por vermos que eles têm tanta esperança e tanta força que nós nem imaginávamos que eles tinham”E5 “
		Características mentais	
		Factores sociais	
	Negativos	Experiencia pessoal	
		Experiencia profissional Ajuda Necessita família Dependência Profissão deu visão mais negativa da velhice	“- quando comecei a trabalhar aqui no serviço e os anos de curso, que percebi que o idoso não é aquela imagem individual que tenho de idoso, pois é uma pessoa mais dependente”E5 “E se calhar agora vejo o idoso como uma pessoa mais dependente do que o via há uns anos atrás”E5 “[quando comecei a trabalhar aqui no serviço e os anos de curso, que percebi que o idoso não é aquela imagem individual que tenho de idoso, pois é uma pessoa mais dependente], que precisa da nossa ajuda, precisa dos familiares e dos amigos”E5 “Pronto a minha imagem profissional torna-se um pouco mais negativa aqui por parte dos idosos. O estado de dependência que aqui vemos é o que (...) mais motiva ao pensar

			assim. Por um lado a minha imagem tornou-se mais negativa ao longo dos anos de trabalho,"E5
		Características físicas	
		Características emocionais/psicológicas	
		Características mentais	
		Factores sociais	"
Visão que os enfermeiros têm dos idosos hospitalizados	Bom doente	Acessível Extrovertidos	Se calhar se for uma pessoa mais extrovertida e entre mais na brincadeira,se calhar eu considero isso mais facilmente um bom doente porque mais facilmente estabeleço uma relação com ele"E5
	Doente difícil	Pouco comunicativo Não partilha Não expressa Calada Reservada	"Agora se for uma pessoa mais calada, muito reservada, que fala pouco connosco, que tem as coisas dela, eu não penso que seja um mau doente, mas um doente mais difícil de lidar" E5
	Não existem bons doentes nem doentes difíceis	Existem pessoas com características próprias que têm de ser respeitadas	"na relação que eu estabeleço com a pessoa, que já está intrínseco nas características da pessoa"E5
Visão que os enfermeiros têm da pessoa jovem e da pessoa idosa	Pessoa jovem	Maior vivacidade Maior esperança Facilitamos mais pela proximidade de idades	"As pessoas mais jovens tem uma maior vivacidade e se calhar uma maior esperança, e acham que as coisas vão correr bem mais facilmente que os idosos."E5 "Numa pessoa mais jovem e por sermos uma equipa jovem, faz-nos facilitar um bocadinho, pois esta pessoa tem um pensamento mais parecido com o meu do que uma pessoa mais idosa"E5
	Pessoa Idosa	Linguagem simples Maior experiência Desmotivam mais facilmente Professores	"uma coisa que nos podemos tirar dos idosos é a experiência que eles têm e os conhecimentos que eles nos podem dar"E5 "Os idosos vão mais facilmente abaixo ou mais depressa do que uma pessoa mais jovem, pelo menos é Aquilo que eu sinto enquanto trabalhei" E5 "numa pessoa mais idosa, se calhar, falamos de uma forma diferente, já... temos de ter um cuidado diferente"E5 " Ensinam-nos a lidar com coisas não só aqui mas fazem-nos pensar em casa, disseram-nos isto e têm toda a razão e se as pessoas adaptarem um pouco isso na sua vida só tem a ganhar. Eu penso uma coisa que nos podemos tirar dos idosos e a experiência que eles têm e os conhecimentos que eles nos podem dar"E5
	Não diferenças nos cuidados	Os cuidados de enfermagem são sempre iguais num jovem ou idoso depende das suas necessidades.	"Os cuidados são sempre diferentes de pessoa para pessoa, independentemente de pessoa jovem ou idoso. Eu acho que os cuidados dependem das necessidades da pessoa." E5

Tema	Modelo de parceria nos cuidados de enfermagem		
Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Unidades de Registo
Estratégias relacionais facilitadoras da promoção da autonomia da pessoa idosa hospitalizada	Apresentação	Abordagem não autoritária Atitude calma	““atitude mais calma e a intenção ser não é só o que se diz mas seres, fazeres as perguntas, de uma forma acho que é autoritário, ou mandona vá, não é o termo mais adequado para as pessoas poderem ter alguma confiança em nós”E8 E5
	Proximidade	Dialogo – compreender o que elas são	“é começar a falar um bocadinho sobre aquilo que a pessoa ... como se chama, em que trabalhava, em que trabalha porque há pessoas que ainda trabalham, quais são as terras, de onde vêm, o que gostam de fazer, isso é capaz de ajudar a aproximar um bocadinho a passar á fase seguinte” E5
	Disponibilidade	Tempo	“e mostrar-lhes que estou aqui para ajudar”E5
	Incentivo/Transmissão de esperança	Estímulo	“ “Eu acho que em termos físicos é mais fácil dar esperança. Eu acho que é mais fácil em termos físicos elogiar um doente e ver as suas conquistas, do que em termos intelectuais ou em termos sentimentais,”E5
	Avaliação (física/mental/ psicológica) e diagnóstico da situação		
	Capacitação física e mental	Incentivar a independência física e dar-lhes esperança	“Uma das coisas que eu adoro fazer é manhãs e uma das coisas que eu faço nos cuidados de higiene é estimular a sua autonomia do doente, aquilo que ele consegue lavar, consegue fazer, levantar os braços e as pernas, pronto. Isso é uma das coisas que eu tento fazer para estimular mais a autonomia dos doentes” E5“[e mostrar-lhes que estou aqui para ajudar] e posso capacitá-lo mais (...) em termos físicos sim. Em termos intelectuais falando um bocado na esperança”E5
Respeito pela pessoa idosa: experiências de vida, passado, cultura, hábitos de vida	Sim		“Actualmente tento fazer com os meus doentes pelos quais era responsável”.E5
	Não	Cansaço	“no momento em que nós estamos eu sinto-me tão cansada que acho que não consigo prestar os cuidados tão individualizados e olhar a pessoa de uma forma holística, ter um cuidado com as experiencias, crenças e valores do doente, às vezes acabo por deixar isso passar e antes não fazia tanto isso”E5
	Tenta-se Penso que sim		“já tive mais acho eu”E5
	Factores facilitadores	Semelhanças de experiencias	“A ligação e as semelhanças que eu posso encontrar com a pessoa com a minha vida profissional e pessoal pode facilitar mais o respeito por essas preferências.”E5
	Factores dificultadores	Sobrecarga de trabalho Dificuldade em estabelecer uma	“Porque eu já sou uma pessoa mais reservada e acabo por me conter mais e acaba por dificultar a relação”E5 “é mais difícil pelo excesso de trabalho e pelo cansaço”E5, “eu não me identificar tanto com essas preferências e elas passarem mais ao lado”E5

		aproximação Cansaço Não identificação com doente	
Participação da pessoa idosa hospitalizada nos cuidados de enfermagem	Sim	Situações	“Uma das coisas que eu adoro fazer é manhas e uma das coisas que eu faço nos cuidados de higiene é estimular a autonomia do doente, aquilo que ele consegue lavar, consegue fazer, levantar os braços e as pernas, pronto” E5, “Sim, em alguns nem todos” E5 “Sim, em alguns nem todos. Por exemplo nos cuidados de higiene nos levantes, tento capacitá-los ao máximo na toma da medicação, há pessoas que podemos deixar-lhes os comprimidos. Tento estimular ao máximo as actividades físicas, sim”E5
		Sim	
		Tentamos em alguns	
	Não	Estimular actividades físicas	
		Decisões	
	Substituição	Sim	
		Não	

Tema	Autonomia da pessoa idosa hospitalizada		
Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria	Unidades de Registo
Consentimento informado nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada	Definição		“Consentimento informado em termos de enfermagem e clínicos é nós junto da pessoa irmos fazer um procedimento e explicarmos a essas pessoa o que vamos fazer os riscos, os benefícios, os prós e os contras. Explicar numa linguagem que a pessoa perceba, e se a pessoa quiser lá os familiares ou pessoa de referência devemos dar essa hipótese e explicar também a essa pessoa e de preferência em conjunto. E dar um tempo, se for possível, para a pessoa pensar sobre o que lhe dissemos, e tomar uma decisão.”E5
	Importância do Uso de consentimento informado	Confiança Colaboração	“quando não o pedimos isso estraga a relação de confiança que se poderia estabelecer com o doente. A pessoa deixa de ser simpática, pois o enfermeiro chega ali faz o que tem de fazer e vai-se embora”E5 “Se calhar quando são procedimentos mais invasivos acabo por explicar mais às pessoas o que é para fazer. No entanto na mudança de posição de um doente, também é uma coisa que tento perguntar se quer mudar de posição, no entanto a pessoa diz “eu não quero mudar” e nós mudamos na mesma e dizemos “é melhor para si”. Nas técnicas mais invasivas tento sempre explicar porque a pessoa pode ter mais dificuldade em tolerar e porque pode ser mais difícil. Assim se nós explicarmos ao doente pode haver mais confiança em nós e a pessoa confia mais em nós e ajuda mais. Se calhar é por isso que eu explico mais, porque são coisas mais difíceis, e precisamos mais de uma colaboração do doente.”E5
	Pedido consentimento - Sim	Procedimento informar o que vamos fazer	“se for uma pessoa consciente e orientada, vamos sempre pedir o consentimento, quer dizer informamos o que vamos fazer”E5 “Como o faço e como eu disse no consentimento informado, dizer o que vou fazer, explicar e mediante ou não a pessoa aceitar ou não que nós façamos alguma coisa nós logo vemos se avançamos ou não” E5
		Privacidade – fechar cortinas, falar mais baixo, pedir para as outras famílias saírem, perguntar se a família do doente pode estar presente.	“fechamos as cortinas, mas as pessoas junto acabam por ouvir. Mantemos ao máximo a privacidade entre profissional e doente, tentamos mas é muito difícil”E5 “outras pessoas na sala ou familiares peço sempre para sair”E5 “pergunto se família pode estar presente”E5
		Pessoas implicadas – Doente e enfermeiro, médico (em caso de acto médico)	“é o enfermeiro, o doente e depende se é uma acto clínico também estará lá o medico”E5
		Linguagem	
		Informação	

		Decisão tenta-se respeitar mais na maioria das vezes não	"A pessoa recusou e isso foi aceite"E5 "E nós estamos ali para trabalharmos com o doente, e não para trabalharmos para nós ou para os médicos, mas com os doentes, é com eles que temos de trabalhar em conjunto. e isso implica ter em conta a opinião do doente"E5
	Pedido consentimento – Não	Motivo Dependência Rotina Habito	"Muitas vezes faço e depois é que explico. Muitas vezes não pergunto sequer se posso fazer um procedimento"E5 "O que falha é que dizemos o que vamos fazer mas não perguntamos se o podemos fazer. Eu explico o que é mas não lhe pergunto se o posso fazer."E5 "Acho que pecamos por não perguntarmos as pessoas o que querem porque como são dependentes não tem opinião"E5
		Decisões Família	"às vezes vejo famílias a decidir por eles"E5
Autonomia da pessoa idosa hospitalizada relativamente aos cuidados de enfermagem	Promoção da autonomia -sim	Envolver a pessoa Idosa nas decisões relativas aos cuidados de enfermagem Consentimento informado	"para envolver as pessoas nas decisões temos de ter o consentimento informado das pessoas"E5
		Motivo Ao explicarmos a pessoa confia em nós colaborando mais.	"Eu acho se nós dissermos as coisas e explicarmos eu acho que a pessoa acaba automaticamente por confiar em nós e colaborar mais"E5
	Promoção da autonomia – Não	Não Envolvimento da pessoa Idosa nas decisões relativas aos cuidados de enfermagem	"Nos cuidados de enfermagem, eu se calhar, não o faço tantas vezes como devia"E5"Acabo por chegar lá, faço as coisas e acabo por nem sequer dizer as pessoa o que estou a fazer"E5
		Motivo Rotina	"Isto acontece muito pela rotina, chegar ao pé de um doente e fazer as coisas e está feito e passo para a próxima pessoa"E5
	Factores que promovam autonomia da pessoa idosa hospitalizada	Profissionais diminuição ratio enfermeiro-doente	"termos menos doentes"E5
		Pessoais Respeito pela pessoa idosa Não Desistir facilmente	"ser uma pessoa que não desiste facilmente"E5, "há pessoas que não estimulam o doente e deixam-no andar e a decair e ninguém investir nele, e eu não gosto de ver isso quero que seja diferente"E5 "

		Investir	
	Factores que dificultam promoção autonomia pessoa idosa hospitalizada	Profissionais Falta de tempo Falta de aprovação e de estimulação Desvalorização da enfermagem Ratio enfermeiro-doente muito elevado Sobrecarga trabalho	“não há valorização do nosso trabalho”E5 “falta a estimulação e aprovação, Ou seja os colegas e chefia deviam aprovar e incentivar as boas acções dos colegas, não há valorização do nosso trabalho. A valorização do nosso trabalho é muito importante para mantermos a nossa actividade cada vez melhor”E5 “termos muito doentes” E5, “não conseguimos dar resposta a todos”E5 “termos que dar tantos cuidados a um doente que é difícil, chegar ao próximo de uma forma holística a todos”E5“Não há tempo e há excesso de trabalho”E5
		Pessoais Negativismo do profissional	“sou negativista”E5
Vontade da pessoa idosa hospitalizada em participar nos cuidados de enfermagem	Cuidados	Sim Doentes querem participar	“Há doente que sim, que querem participar mais nos cuidados”E5
		Não desistência	“doente se vê tão dependente, deixa-se ir e desiste um pouco necessitando ser mais estimulado”E5
	Decisões	Sim	
		Não Um pouco ao nosso critério →Imagem que têm dos profissionais como detentores do conhecimento	“nas decisões eles acabam por deixar nas nossas mãos porque nos somos os profissionais e por isso sabemos mais «você é que sabem»”E5 “E as famílias também deixam mais ao nosso cargo e não deixam muitas vezes os doentes fazer suas escolhas”E5
Perda da autonomia		Hospitalização Família Vulnerabilidade	“Acho que o doente acaba por perder a sua autonomia estando hospitalizado. Autonomia em termos de pensamento, aquilo que ele acha, na capacidade de decisão, ele perde a sua capacidade de tomar suas decisões”E5 “Ele tem um pensamento próprio mas não diz o que pensa, não sei se por estar hospitalizado, dependente da família , ou seja se é uma família que os deixam expressar, ou famílias que escondem as informações aos doentes”E5 “O doente muitas vezes não sabe o que tem e a família sabe, e nem sequer se pergunta ao doente se quer saber”E5 “